الدكتور
محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي

الإعاقة العقلية
و
التوحد

دار العلم والإيمان
للنشر والتوزيع



١٥٧

و . ا

الشرقاوي ، محمود عبد الرحمن عيسى .

الاعاقة العقلية والتوحد / محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي .ـ ط١.ـ دسوق : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

٢٣٦ ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥سم .

تدمك : 2 -516 – 308 – 977 – 978

١. المعوقون – علم نفس . ٢. المتخلفين عقليا – تعليم .

أ - العنوان .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتـف : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ - فاكس: ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٢٠٢٣
محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
*E-mail***:** *elelm_aleman@yahoo.com*
elelm_aleman2016@hotmail.com



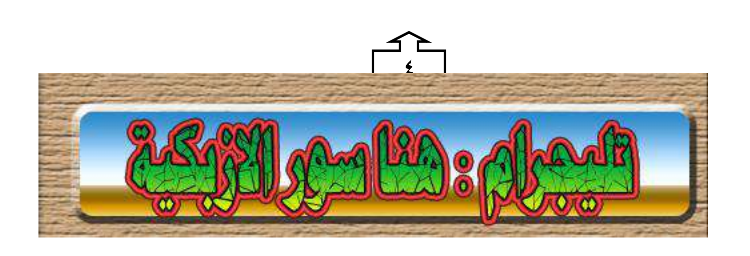
بسم الله الرحمن الرحيم

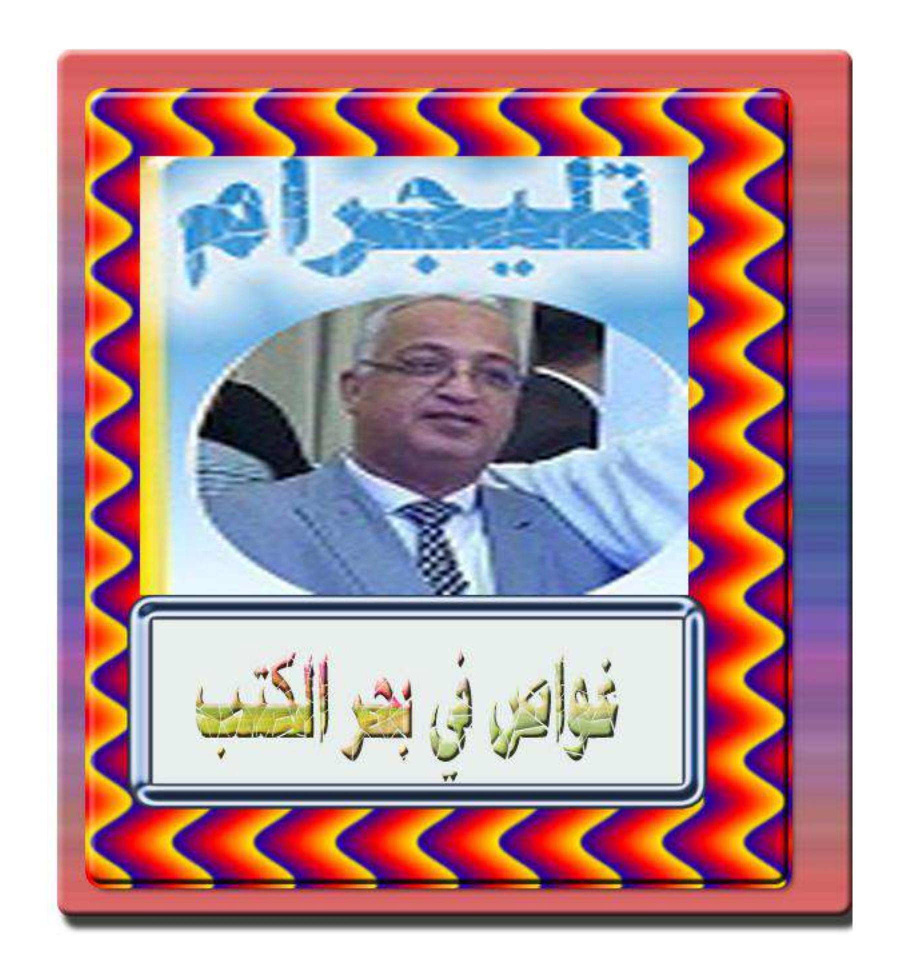
(قالوا سبحانك لا علم إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم)

[سورة البقرة:٣٢]



الفهرس





تليجرام
غواص في بحر الكتب

مقدمة الكتاب

تعتبر مشكلة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من المشاكل التي يجب أن يخصص لها قدراً كبيراً جداً من الاهتمام والرعاية حتى نستطيع أن نحقق نفعاً نعود من خلاله بأثر واضح وفعال في صورة منتج يحقق الكفاءة الشخصية والاجتماعية والمهنية لهؤلاء الفئة من الأطفال التي قدر لها أن تكون على هذه الصورة ، ولنحاول أن نزيد من توافقهم في المجتمع مع أقرانهم من الأسوياء. من خلال استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة بهم وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه .

ولقد اهتم الدين الإسلامي بالنمو المتكامل للشخصية في شتى صورها

حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه الكريم :

(ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات

وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلا) [سورة الإسراء:٧٠]

كما وجهت السنة النبوية الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية ، حيث أشار النبي ق إلى ذلك بقوله :

"نحن معاشر الأنبياء ننازل الناس منازلهم ونكلمهم على قدر عقولهم" صحيح البخاري .

وتشير(نعمات رقبان ، ٢٠٠٦، ٤-٥) إلى أنه عند تقديم المساعدة لتأهيل الطفل المتخلف عقلياً فإنه علينا ملاحظة بعض النقاط الهامة منها :-

- أن كل طفل حالةً خاصة منفردة ، فالفروق بين الأطفال المعاقين عقلياً متفاوتة ولا يمكن تطبيق الأساليب التربوية الناجحة بالنسبة لطفل على طفل آخر
- إيمان الأسرة بأن إمكانية تعليم وتدريب الطفل شيء أساسي، فلو فقدت الأسرة الحماس أو شعرت بأن الجهد المبذول جهد ضائع فمن المؤكد أن الطفل لن يتقدم في أي شيء .
- ليس المهم الكمية التي يتعلمها الطفل بل الأهم بالنسبة له هو نوع التعليم فلا يفيد الطفل أن يقضى ساعات طويلة في تعليم مهارات بشكل جيد بل المفيد أن يقضى فترة بسيطة في التعليم تكون بشكل صحيح ومدروس لتكون النتيجة أفضل .

- نمو الطفل المعاق عقلياً أبطأ من الطفل العادي فمعرفة مراحل النمو الطبيعية للأطفال الأسوياء تساعد في تقديم برامج تأهيلية ناجحة للطفل المعاق وتجعله يلحق بقدر الإمكان بإطار النمو الطبيعي ، فعندما نقول أننا نُعلم الطفل شيئاً يعنى أننا نعطيه معلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوفر لديه من قبل فكلمة تعلم لا تنطبق فقط على المواد الدراســـية بل هي أعم من ذلك وتشمل كل ما يكتسبه الطفل من الميلاد وحتى لحظة الموت ، وما نُعلمه للطفل لابد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو .

ولذلك يشير (عبد الحميد حكيم ، ١٩٩٩، ١٢) إلى أن النصف الثاني من القرن العشــرين شــهد تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً تمثل على المســتوى العلمي في العديد من الإعلانات والمواثيق العالمية التي صــدرت عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصـصــة والتي شـملت الأهداف التالية :

- مســاعدة ذوي الاحتياجات الخاصـــة على التكيف الجســمي والنفســي مع المجتمع .
- تشجيع الجهود المبذولة على الصعيدين الدولي والوطني لتقديم المساعدة والتدريب والإرشـــاد لذوي الاحتياجات الخاصـــة وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وتأمين اندماجهم الكامل في المجتمع .
- تشـجيع مشــاريع الدراســة والبحث الرامية إلى تيسـير مشــاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في المشاركة في مختلف نواحي الحياة .
- تشـــجيع اتخاذ تدابير فعالة للوقاية من العجز لإعادة تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة .

ولقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنســـانياً تقننه التشريعات والقوانين (أسماء السرسى وأماني عبد المقصود ، ٢٠٠٢) .

وتؤكد الدراســـات التربوية والنفســـية الحديثة في الآونة الأخيرة على أهمية مفهوم الكفاءة الاجتماعية وعلى اســـتغلال طاقات الطفل التي يعتبرها علماء النفس غاية في النشـــاط والقوة في ســـنوات العمر الأولى وجعل هذه الطاقات تصـــب في دافع ومحرك ذهني الأمر الذي ينمى حتماً مهارات وقدرات الأطفال المعاقين عقلياً وهذا لا يتأتى إلاَّ من خلال البرامج التدريبية السلوكية ، والبرامج العلاجية المتنوعة لما لها من أهمية في تنمية فاعليتهم الذاتية والحد من مشكلاتهم السلوكية .

ويعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ، فهو شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج فهو من الاضطرابات النمائية المنتشـــرة . *(pervasive desearch Council,2001)* لأنـه يبـدأ في السنوات الأولى من العمر ومثل كل الاضطرابات أو الإعاقات التي تبدأ مبكراً ، فإنه يؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل ، فيترك آثاراً سلبية على تلك الجوانب ، فقد يؤثر على النمو المعرفي والاجتماعي والإنفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام . بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوي التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سهي أحمد أمين ، ٢٠٠١) .

ويرجع الفضـــل إلى العالم ليوكانر *Leokanner* (١٩٤٣) في بزوغ مصـــطلح الأوتيزم *Autism* حيث لفت اهتمامه أنماطا ســـلوكية غير عادية لأحد عشـر طفلا كانوا مصـنفين على أنهم متخلفين عقليا فقد لاحظ اسـتغراق هؤلاء الأطفـال المســـتمر في انغلاق كـامـل على الـذات والتفكير المتميز بـالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وبعدهم عن الواقعية وعن كل مـا حولهم من ظواهر أو أحداث فهم دائموا الانطواء والعزلة ، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشـون فيه كما لو كانت حواسـهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم.

Schopler, 1992: 3,wagner,2001: 1,Otten,et al,2004:.1)
(عثمان لبيب فراج، ١٩٩٤) .

ومصطلح أو كلمة التوحد مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية (الذات) وربما تم اختيار تلك الكلمة أو المصطلح هذا تحديداً ليصف أعراضاً معينة لما لها من دلالة هامة وهي أن مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصـاب حيث نجده كما لو أنه يعيش في عـالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم *(Davis, B)*.

والتوحد مصـطلح يجب اسـتخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون ســـلوكه الشـــاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن اســـتخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصـــاب الأطفال من أي مسـتوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكياء جداً أو متخلفين عقلياً . (كريســـتين مايلز،*١٩٩٤: ١٨٥*) .

وقد بدأ الاعتراف بالتوحد كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكرة حيث كان هناك خليط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام ١٩٧٨ مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولى .إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زمالة أعراض التوحد وزمالة أعراض الفصام في الطفولة . (رشاد موسى ، ٢٠٠٢: ٣٨٧).

وفي عام ١٩١٢ استخدم الطبيب النفسي أُوجين بلولر (*Eugen Bleruler*) كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا شخص توحدي فنحن نعنى بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولرهو الذهان *(Corbier, 2004: 13*) .

والشخص التوحدي ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال ونراه دائما منشغلاً انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة بالإضافة إلى اللامبالاة تجاه الوالدين والآخرين ومقاومة التغيير . وعيوب في النطق .

وفي هذا الكتاب نحاول أن نتعرف على فئة الأطفال التوحديون ونلقى الضوء على أسباب التوحد ، وأعراضه ، وتشخيصه ، وأشكاله ، ومشكلات الطفل التوحدي وما قدم من دراسات سابقة لنقف على الكثير من البرامج العلاجية لهذه الإعاقة النمائية . وأسأل الله تعالى أن يوفقني وأن أنفع بما أُقدمه عامةً وخاصةً لهذه الفئة من الأطفال التوحديون وأن يجعله الله في ميزان حسناتنا .

وأخيراً فإن الكمال لله وحده وإن كان فيما قدمتُه بعض القصور فهذا من طبيعة البشر ، وإن كان غير ذلك فتوفيق من الله عز وجل ، وما توفيقي إلاَّ بالله.

المؤلف

الفصل الأول

الإعاقة العقلية

المعاقون عقلياً

مقدمة :

يشـــير(فـاروق الروســـان: ١٩٩٨ ، ٣٧) إلى أنـه ظهر العـديـد من المصـــطلحـات الحـديثـة التي تعبر عن مفهوم الإعـاقـة العقليـة *Mental impairmentOr mentally andicapper* ، ومصــــطلح النقص العقلي *Mental deficiency* ، ومصطلح التخلف العقلي *Mental retardation* ، ومصــطلح واهن العقل *Feeble minded* ، ومصــطلح عدم الســواء العقلي . *Mental subnormal*

ويشــكل المعاقون عقلياً ظاهرة اجتماعية مهمة ، ســواء في المجتمعات المتحضــــرة أو في المجتمعـات النـاميـة، وذلـك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى لا يصـــبح المعاق عقلياً عبئاً على الأســـرة والدولة، وقد تضـمنت توصـيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضـرورة الاهتمام بتربيـة الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنســـانياً تقننه التشــــريعات والقوانين والعمل على اســـتثمار إمكانياتهم بما يضـــمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي يعيشـــون فيه بالإضـــافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلباً اجتماعياً أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ،٢٠٠٢) .

وتشــير (آمال عبد الســميع باظة ، ٢٠٠٩، ٣) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصــة زاد في العقدين الأخيرين عنه في الماضــي في كل دول العالم الغنية والنامية على حد سواء ، وظهر هذا الاهتمام في مجال التشخيص واتساع تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة لتشمل فئات كثيرة تحتاج إلى وسائل مساعدة في التعلم والتواصل مع الآخرين في المجتمع بطرق سوية ومرغوبة ، ويتم ذلك بتقديم العون والمساعدة والرعاية التربوية والنفسية التي تقوم على دراســة خصــائصـــهم واهتماماتهم . ومن الاتجاهات الحديثة أيضــاً الاهتمام بالجوانب الإيجابية في شـــخصـــية هذه الفئات بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية ومظاهر العجز والاضطراب .

مفهوم المعاقين عقلياً :-

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية ، وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشـــكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشــكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضـــاً (أشــرف عبد الغنى شريت، ٢٠٠٩، ٤٩ -٥٠).

وقـد اســتخـدمـت الجمعيــة الأمريكيــة للتخلف العقلي *American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)* مفهوم التـأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل مسـتوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى ،١٩٩٦، ٢٠٩).

وتشـــير (آمال عبد الســميع باظة ،٢٠٠٢) إلى أن الإعاقة العقلية تم اكتشافها منذ العصور القديمة وأنها تنتشر بين جميع الشعوب بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو مستواها الاقتصادي والاجتماعي ، ومن حيث أنها عجز أو توقف أو خلل في قدرات مجموعة من الأفراد فقد نالت اهتمام كل التخصـــصـــات الطبية والاجتماعية والقانونية لحمايتهم وإظهار احتياجاتهم ورعايتهم وتعليمهم بإنشاء مؤسسات خاصة بهم ، وتطورت وسائل تعليمهم وتأهيلهم مهنياً ، ويعتبر الاتجاه الطبي أول الاتجاهات التي ساهمت في تعريف الإعاقة العقلية ، ومع ظهور اختبارات الذكاء ساهم القياس النفسي في تصنيف الإعاقة العقلية وترتب عليها التصـــنيف التربوي حيث الاســـتعداد للتعلم أو التدريب العملي والمهاري أو اعتماد الطفل على الآخرين ولا يســـتطيع الاســـتقلال الذاتي في قضـــاء حاجاته الأســـاســية مثل المأكل والملبس والبيع والشراء والتعامل مع المحيطين ، واستخدمت الوسائل التكنولوجية الحديثة في تنمية بعض العمليات المعرفية (التخيل- الإدراك – التفكير – حب الاستطلاع) لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما اهتمت الكثير من البحوث بالكشـــف عن الجوانب الإيجابية في تكوينهم النفســـي والعقلي ليمكن تنميته بدلاً من التركيز على جوانب القصور والعجز التي يعد التقدم والنمو فيها بطيئاً .

ويشـــير (وليد الســيد خليفة، ٢٠٠٦) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية قد حظي بنصيب وافر من العلماء خاصة علماء النفس والتربية للتعرف على طبيعة هؤلاء الأطفال ، وأســباب إعاقتهم ، وطرق وقايتهم ، وأهم ســبل علاجهم .

ويؤكد (محمود عنان، ١٩٩٨) على اختلاف تعريف الإعاقة العقلية وفق طبيعتها وحدتها من وجهة نظر العلماء المتخصصين ، فينظر إليها علماء علم النفس والتربية على أنها حالات من عدم اكتمال نمو الجهاز العصـــبي نتيجة لعوامل وراثية أو مكتسـبة ، بينما يرى فريق من الأطباء أنها حالات من عدم التوازن الكيميائي داخل الجسم .

وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم على نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :-

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :*AAMR* .

يتمثل في أنه الطفل ذو "عجز عقلي يتميز بنواحي قصـور واضـحة في كل من الوظائف العقلية ، وفي السلوك التكيفي المعبر عنه في مهارات التكيف العملية والإدراكية ، وهذا العجز منشـأةُ قبل عمر ثمانية عشر سنة ، وتعرف الجمعية السـلوك التكيفي بأنه " يشـير إلى ما يفعله الناس ليكونوا فاعلين في الحياة اليومية وهو يتضـــمن مهارات في مجالات متعددة كالاتصـــال ، والتفاعلات الاجتماعية واعتناء الفرد بنفسه ، وإدارة المال ، واستخدام وسائل المواصلات .

(عاطف حامد زغلول ،٢٠٠٤، ٢٣٥).

أ-التعريف التربوي :

يشـير (فاروق الروسـان ، ١٩٩٨، ١٣٩) في تعريفه التربوي للتخلف العقلي الطفل الذي لديه تخلف وبطء في التحصـيل وعدم القدرة على مسـايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بســبب تخلف قدراته العقلية ، ويفشـــل في تحصـيل المجردات والتعامل معها ، وقد يسـتطيع اكتسـاب مهارات ومبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلاً للتعلم *Educable* أو يفشـل في اكتسـاب هذه المبادئ البسـيطة فيسـمى غير قابل *Uneducable*. يعرف الطفل المعاق عقلياً من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه قصور في القدرة على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (محمد محروس الشناوي ١٩٩٧، ٣٧).

وتعرف(آمال عبد السـلام أباظة،٢٠٠٩، ١٥) المعاقين عقلياً بأنهم فئة لديهم القدرة على الاسـتفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصـورة بطيئة ويحتاجون إلى برامج خاصـة موجهة لإحداث تغيير في السـلوك الاجتماعي ليصـبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضـاً في تحسـين العمليات المعرفية لديهم والمهنية .

ويعرف (محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي ،٢٠١٤، ٣٩) المعاقين عقلياً بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية ، ويصاحب ذلك ضعف توافقهم مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجات تتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم .

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧، ٣٨) إلى أن الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقلياً *the national association for mental retarded children* ترى أن المتخلف عقلياً " شخص يعانى منذ الطفولة من صعوبة غير عادية في التعلم ، وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية ، وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين ليستفيد من طاقته مهما كانت .

ب- التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم سالم،١٩٨٨، ١١٥) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين .

وقد وضع الإتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفاً يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية : الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية والتعامل مع المجتمع المحلى ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ، ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر *(Kevinl 1995 p713)* .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٧ ، ١٠) في تعريفها للتخلف العقلي من الناحية الاجتماعية " الفشل في إقامة التواصل الاجتماعي مع الآخرين وأداء الاستجابات والأدوار الاجتماعية المتوقعة منه في تفاعله مع الآخرين التي تناسب نفس الفئة العمرية " .

ويشير *(Mangal,2002,436)* " حالة تطورية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة وتتميز بانخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي " .

ج-التعريف النفسي:

يعرف (حامد عبد السـلام زهران ،١٩٩٨، ٤٣٢) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدى إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود إنحرافين معياريين سالبين.

د- التعريف الطبي:

تشير لوريا *Luria (1983)* إلى أن المتخلف عقلياً هو ذلك الشخص الذي يعانى من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية (*Luria:1983,10*) .

ويشير *(Mangal,2002,436)* إلى أن القرار البريطاني للإعاقة الذهنية *British Mental Deficiency*) أكد أن التخلف العقلي عبارة عن "نمو متوقف لبعض خلايا المخ ، تظهر هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر ، وتنشأ عن أسباب وراثية أو مرضية أو إصابات عضوية .

ويضيف (عبد اللطيف موسى عثمان ، ١٩٨٩، ١٥) أن التخلف العقلي من الجهة الطبية العضوية هو " عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي ، وبخاصة المخ نتيجة لإصابته بآفات مرضية معروفة أو غير معروفة .

ويؤكد (حمدي شاكر محمود ، ١٩٩٨ ، ١٦٨) على أن التخلف العقلي من الناحية الطبية "إصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نضج الدماغ سواء أكانت هذه العوامل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها .

وتشير (آمال عبد السـلام باظة،٢٠٠٩) في التعريف الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جينى أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ويشـــير (أحمد عكاشـــة ، ٢٠٠٠، ٥٩٥) بأنه توقف أو عدم اكتمال ونضوج العقل مما يؤدى إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسـه ضـد المخاطر أو الاسـتقلال وأنه عندما نتكلم عن العقل لا نعني الذكاء فقط بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك ، ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة فيستطيع رفع رأسه من السادة في سن ٤ شهور ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ ٦ شهور ، ثم يزحف في سن من ٨-٩ شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده في سن ١٨ شهر ، وهنا يتحكم في عملية التبرز ، ويبدأ في الكلام ، ويليها التحكم في التبول عندما يصـل لسـنتين من العمر ، ويطعم نفسه في سن الثالثة ثم يتمكن من لبس ملابسه في الخامسة من عمره ، أما في حالات القصـــور العقلي فتتأخر هذه المراحل بل وأحياناً لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ويشـــير (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٢ ، ٣٩٨) في تعريفه للتخلف العقلي أنه يُنظر إليه في ضوء الأسباب التي يمكن أن تؤدى إليه سواء كانت قبل أو أثناء أو بعد الولادة .

مما سـبق يتضـح أن هناك تعريفات متعددة لمفهوم الإعاقة العقلية حيث نلاحظ أن الجمعيـة الأمريكيـة للتخلف العقلي (*AAMR*) ركزت على ثلاثـة محكات أساسية هي : النضج *Maturity* ، والقدرة على التعلم *Leamable* ، والتوافق الاجتماعي *Social adjustment* ،في حين ركز الجانب التربوي على القصور الواضح في نسبة الذكاء ، أما الجانب الطبي فقد ركز على دور الوراثة أو الإصـــابة العضـــوية أو الأمراض ، وقد ركز الجانب الاجتماعي على نقص المهارة الاجتماعية .

هـ ـ التعريف من وجهة نظر القياس النفسي :

عرفه هيبر *Heber* (١٩٦٦) ويعتبر من أكثر التعاريف شيوعاً وقبولاً لدى علماء علم النفس والتربية ، والذي يشـــير إلى أن التخلف العقلي هو " الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسـط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية :

- النضج *Maturity*

ويقصد به معدل النضـج في نمو مهارات سن المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس ، والحبو ، والوقوف ، والمشــي ، والكلام ، والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه في السن.

- القدرة على التعلم *Learnable*

وهي قدرة الطفل على اكتســـاب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة (من مواقف الخبرات المختلفة) التي يتعرض لها الطفل في حياته والصـــعوبة في التعلم تظهر بوضوح في المواقف التعليمية في المدرسة .

- التكيف الاجتماعي *Social Adjustment*

ويقصـــد به مدى قدرة الفرد على الاســـتقلال وأن يكســـب عيشـــه دون مساعدة علاوة على قدرته على أن ينشـىء علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود إطاره الاجتماعي .

نسبة انتشار التخلف العقلي :-

يشـــير(محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٢٠١) إلى أن حجم مشـــكلة الإعاقة في مصـر يقدر بنسـبة ٤%- ١١% ، تبلغ نسـبة الإعاقة العقلية منها ٧٣% أي ما يعادل مليون وثمانمائة ألف شخص في سن ما بين ٥ – ١٦ سنة ، وهذا يتطابق مع ما أوضـحته نتائج العديد من الدراسـات الميدانية والبحوث الحديثة المسحية .

ويشير (فاروق محمد صادق (١٩٩٨ ، ٨٧-٨٨) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين نصل إلى حوالي ١٠% من حالات الإعاقة الذهنية ، وهم فئة قريبة التشـــابه في الملامح العامة من النوع المنغولي ، وتتمثل في العيون الضـــيقة وملامح الوجه المسـطح المسـتدير والأنوف الضـيقة ذات الاتجاه العرضـي ، وقصـور القامة وقد سـميت هذه الحالات باسـم داون وذلك نسـبة إلى الطبيب الإنجليزي (*Lang Down*) ويجـب أن نعرف أن العمر العقلي والقـدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم ، وأيضـــاً نموهم الذهني والاجتماعي فيعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلـك ، وعـادة مـا تكون وظـائفهم أكثر توازنـاً من وظـائف الأطفـال المصـابين في المخ ، ومتلازمة داون لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصــــلية ، فليس هناك من بين المصـــــابين بها أكثر من ١٩% يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة .

ويوضـــح (محمد عبد الرحمن حمودة ، ١٩٩٨ ، ٨١- ٨٢) أن نسـبة الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً ترتفع عن الإناث وذلك بنسـبة ١٥ : ١ تقريباً ويرجع ذلـك إلى زيادة الاهتمام بعدد الحالات المكتشـــفة من الأولاد أكثر من البنات ، كما أن الأولاد كثيراً ما يتعرضـون للإصابات والسقوط من مرتفعات أكثر من البنات .

ويشــير (ســعيد حســنى العزة ، ٢٠٠١، ٢٩) إلى أن هناك العديد من البحوث والدراسات المتعددة التي أجريت لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية وقد اختلفت نتائج هذه الدراســـات من مجتمع لآخر ، كما اختلفت في المجتمع الواحد ويعود سبب اختلاف هذه النسب إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تعريف التخلف العقلي وكذلك اختلاف العينات التي أجريت عليها عند الدراســات ولعل منحى التوزيع الطبيعي هو أفضــل مقياس يشــير إلى نســبة انتشار التخلف العقلي والذي يقدر بـــ (٣%) ويشير هذا المنحى إلى ما يلي :-

- حوالي ٢٦، ٦٨ % من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٨٥- ١١٥ ويطلق عليهم فئة متوسطي الذكاء .
- حوالي ٥٩، ١٣%يقعون بين درجتي ٧٠- ٨٥ درجة وهم دون الوسط ويطلق عليهم *EMR* أي القابلين للتعلم وهم ذوي الإعاقة البسيطة .
- حوالي ١٤، ٢% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٧٠- ٥٥ وهم يمثلون درجة التخلف العقلي المتوسط وهو ما يشــار إليه بالإنجليزية بـ *TMR* القابلية للتعلم .
- حوالي ٣% من الناس دون درجة الذكاء ٥٥ وهم يمثلون التخلف العقلي الشديد *SMR* أي الذين بحاجة إلى دور رعاية نهارية أو ليلية ، وتجدر الإشارة بأن نسبة التخلف العقلي المقدرة بـــ ٣% هي نسبة نظرية تعتمد على نســـبة الذكاء فقط وهي تتجاهل الســـلوك التكيفي وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن النســـبة المســـاعدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتخلفين عقلياً في ســـن المدرســـة هي ٣% ، أم نســـبتهم في الوطن العربي باعتبار سكانه ٨٠ مليون نسمة فإن نسبة المتخلفين عقلياً هي حوالي ٢ مليون نسمة .

تشخيص التخلف العقلي :-

يؤكد *(Mangal, 2002,437)* على أن عملية تشخيص التخلف العقلي تتطلب معيارين أســـاســـيين هما : الأداء الوظيفي العقلي من خلال تســـجيل درجات منخفضـــة على اختبارات الذكاء القياســـية والأداء التكيفي للطفل ، مع عدم القدرة على تلبية متطلبات البيئة فلا يكفي التشخيص بإحداهما دون الآخر فلابد من تلازمهما معاً ، أما المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص التخلف العقلي هو ظهور الحالة قبل سن الثامنة عشر .

ويوضح (سمير أبو مغلي ، عبد الحافظ سلامة ، ٢٠٠١، ٧١- ٧٣) أنه يجب أن يقوم التشخيص على مجموعة من الأبعاد هي :-

- الذكاء : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من (٧٠) .
- النضج الاجتماعي : وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية .
- ملاحظة سلوك الطفل : أن الأسلوب الجديد يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظتهن قرب لمدة أسبوعين ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوين .
- الاعتماد على أكثر من دليل آخر للتأكد من تحديد التخلف العقلي : أقل من العاديين في الناحية الأكاديمية – بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة – يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية ، إما وراثية أو بيئية أو نفسية أو اجتماعية – حالته لا تقبل الشفاء ، فسوف يثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي .

وتشير (سهير كامل أحمد ، ١٩٩٨ ، ٩٢) إلى أنه يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص التخلف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه متخلف عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته .

وتؤكد (سهير كامل، ١٩٩٨، ٨٥ ؛ آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٧، ٦٦) على أن فريق التشخيص يجب أن يتضمن الجوانب التالية :

- الجوانب الطبية التكوينية : وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته كالتاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والصحي ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ، بالإضافة إلى التاريخ الصحي للأسرة ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة والحالة الصحية الغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

- الجوانب النفسية الإكلينيكية : وتشمل تحديد نسبة ذكاء الأم وسمات شخصيته ونموه الانفعالي والوجداني ومظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي وحصيلته اللغوية وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل .
- الجوانب التربوية والتعليمية : وتشمل بيانات من التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية والأنشطة غير الأكاديمية والصعوبات التعليمية ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجي ، والبرنامج التعليمي الملائم للحالة .
- الجوانب الاجتماعية : وتشمل التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية وقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمراض وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسرى الذي يعيش فيه ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى :-

التخلف العقلي والمرض العقلي :

يشير(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥، ٢٤) إلى أن هناك من يخلط بين التخلف العقلي (*Mental Retardation*) والمرض العقلي أو الجنون (*Mental Illness*) وقد يعتبرونه شيئاً واحداً ، فيُنظر إلى التخلف العقلي على أنه مرض عقلي ، ولكن الواقع غير ذلك ، وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد ، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس مرض فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما التخلف العقلي فهو عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء والشخص العادي فرقاً في درجة الذكاء وليس فرق في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج ، ولذا فليس هناك علاقة بين التخلف العقلي والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالتخلف العقلي ، فالشخص المريض عقلياً يكون عادى الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط .

ويوضـــح (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٦ ،٨٨ – ٨٩) أن المرض العقلي يحدث في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشـــد ، بينما حالة التخلف العقلي تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة كذلك تعود أســـباب المرض العقلي إلى ما يتعرض لهُ الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للتخلف العقلي ، وفيما يخص العلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدى إلى الشـفاء ، بينما في حالة التخلف العقلي لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة مع المتخلفين عقلياً درجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعيا وتربوياً.

التخلف العقلي وبطيء التعلم :

هناك تباين في وجهات النظر بين المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم ، فيرى البعض أن المتخلفين عقلياً وبطيء التعلم هم أفراد ينتمون لفئة الإعاقة العقلية وأن كل منهما يمثل مســـتوى من مســـتويات هذا النوع من الإعاقة ، بل أن البعض يرى أنهما مستوى واحد من مستويات الإعاقة العقلية ، على الرغم من اختلاف الأفراد المتخلفين عقليـاً عن الأفراد بطيء التعلم ، ومن منطلق أن الأطفال بطيء التعلم يتدرجون تحت مظلة الأطفال ذوي الإعاقة النوعية في التعلم ، فمن الممكن تعريفهم على أنهم " الأطفال الذين يعانون من خلل في بعض العمليات النفسية الأساسية المتصلة بالفهم أو استعمال اللغة ، ويظهر ذلك في شـــكل نقص القدرة على الاســتماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو القيام بالعمليات الرياضـــية " ومن هذا نجد أن هذا المصطلح لا يشمل الأطفال الذين يعانون من مشاكل التعلم التي هي ناجمة عن تخلف عقلي.(محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨، ١٩٨)

فالطفل بطيء التعلم *Slow Learner* يبدو سوياً في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتنحصر معاناته في الصـــعوبة البالغة في التعلم واســـتيعاب مواد الدرس التي تطرح في المناهج الدراسية من حساب وقراءة وكتابة وهجاء وعلوم أساسية أُخرى ، وقدرته ضـــعيفة على الفهم والحفظ والتذكر ، ولا يوجد مســـتوى محدد للقدرة بحيث يمكننا أن نعتبر الطفل الذي لا يصـــل إلى هذا المســـتوى "بطيء تعلم" ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من ٩١ درجة وأكثر من ٧٤

درجة يكون ضمن هذه المجموعة فالفرق بين الأطفال بطيء التعلم والأطفال الذين يصنفون كمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً أو معتدلاً من خلال استخدام معامل الذكاء لتمييزهم .

(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥، ٥٠)

كما يعرف *Brennan* التلميذ بطيء التعلم بأنه طفل عمره العقلي أقل من عمره الحقيقي بسنتين أو أكثر ، أو هو متعلم غير قادر على المثابرة على العمل المدرسي العادي بالمقارنة بأقرانه في نفس العمر الزمني .

(نادر فهمي الزيود ١٩٩٥ ٤٩) .

التخلف العقلي والتوحد :

يشـــير (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤، ٤٧- ٤٨) إلى أنه غالباً ما يتواجد مع اضـــطراب التوحد التخلف العقلي إذ أن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصـــاحبة بتخلف عقلي من ٥٠%- ٥٥% أو أقل أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما ٣٠% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسـيط من ٥٥%- ٧٠% وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة ، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصـول إلى تشـخيص دقيق للحالة هو تعذر أو اســـتحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعانى من توحد فقط ، أو تخلف عقلي شديد فقط ، أو يعانى من الإعاقتين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة .

ويـذكر *(Sue,et al.1994:502)* أن الأطفـال التوحـديون غـالبـاً مـا يُشـخصـون على أنهم متخلفون عقلياً وغالباً ما تتزامن الاضـطرابات وكذلك توجد طرق للتمييز بين الأطفال التوحديون سواء لديهم تخلف عقلي أم لا.

ويوضح (حسن عبد المعطى ، ٢٠٠٣ : ٥٧٠) الجوانب الأساسية بين التوحد والتخلف العقلي هي أن الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يرتبطون بالراشـدين وبالأطفال الآخرين وذلك طبقاً للعمر العقلي وهم يسـتخدمون اللغة التي يمتلكونها للاتصال مع الآخرين .

تصنيف المعاقين عقلياً :-

تؤثر ظـاهرة التخلف العقلي تـأثيراً بـالغـاً على الأفراد من قـدراتهم واستعدادهم وذلك لاختلاف العوامل الوراثية أو البيئية التي أدت لتلك الظاهرة ، فنجـد أن ذوي الاحتيـاجـات العقليـة (القـابلين للتعلم) يختلفون عن ذوي الاحتياجات العقلية (القابلين للتدريب) من حيث الســمات العقلية والانفعالية والاجتماعية

وقد اختلف العلماء المتخصصين في تصنيف ذوي الاحتياجات العقلية فيميل علماء علم النفس والتربية في تصنيفهم على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية والقدرة على التعلم ، بينما يرى علماء علم الطب أن مصدر العلة أساساً للتصنيف ، أما علماء علم الاجتماع فقد ذهبوا إلى أن السلوك التكيفي هو أساس التصنيف ، وهكذا فرضت الضرورة البحثية تصنيف هؤلاء الأطفال إلى فئات حتى يمكن تقسيم كل فئة إلى الخصائص المميزة لها .

تشير (آمال عبد السميع باظة ،٢٠٠٩، ١١-١٣) إلى أن هناك مجموعة من المؤثرات أو العوامل التي يعتمد عليها تصنيف الإعاقة وانتشارها من مجتمع لآخر رغم وجود الإعاقة العقلية في جميع المجتمعات النامية والمتقدمة ، ولا يخلو مجتمع منها ولكن تقل أو تزيد نظراً لتلك العوامل :

- العوامل والمؤثرات أو الظروف الخاصة بالرعاية الصحية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية ، وذكر فهمي الزويد (١٩٨٩) أن نسبة الإعاقة العقلية في السويد (٤ ، ٠%) ، بينما تبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية (٨ ، ٣ %) ، وفي دول أمريكا اللاتينية حوالي (٣ ، ١١ %) ، ويوضح ذلك تفاوت النسب تبعاً لهذا المعيار .
- الاعتماد على الذكاء في تعريف وتصنيف الإعاقة العقلية ، حيث تختلف نسب الذكاء المقاس باختلاف دلالة الدرجة للمقياس وحساب النسب .
- الفئات العمرية التي تم حساب نسب انتشار الإعاقة العقلية بينها ، فنجد مصر مثلاً الأطفال والمراهقين حوالي نصف عدد المجتمع ، وحيث ظهور الإعاقة واكتشافها يتم في مرحلة الطفولة ، فيمثل ذلك ارتفاعا في النسب .
- السلوك التوافقي ثم التكيفي لدى المعاق عقلياً، يعتمد على السلوك التكيفي كمعيار لقياس القدرات العقلية (الإعاقة العقلية) وتعتبر المعايير الأربع السابقة ليست منفصلة بل متداخلة كمحددات عند إظهار مدى انتشار الإعاقة العقلية .

ويشير(كمال مرسى،٢٠٠٠ ،٢٥) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطاً واحداً . كما إن أسبابها كثيرة جداً ، ويقوم الكاتب بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة.

أ-التصـــنيف التربوي للإعاقة العقلية : اســتند علماء التربية الخاصـــة في تصـنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (١)

يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوي الاحتياجات العقلية

م	الفئة	نسبة الذكاء تتراوح من
١	بطئ التعلم *Slow learner*	٧٥- ٩٠
٢	القابلون للتعلم *Educable mentally retarded*	٥٠- ٧٥
٣	القابلون للتدريب *Trainable (T M R) mentallyretarded*	٣٠-٥٠
٤	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادي) *The totally dependent child(Untrainble)*	٣٠- فما دون

(نادر فهمي الزيود، ١٩٩٥، ١٨)

ب- التصنيف السيكومترى (من وجهة نظر القياس النفسي) للإعاقة العقلية : يعتمد هذا التصـنيف في ضـوء معيار نسـبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لإستانفورد بينيه على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (٢)

يوضح التصنيف السيكومترى(من وجهة نظر القياس النفسي) لذوي الاحتياجات العقلية

الفئة	نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه
المأفون	من ٥١-٧٥
الأبله	من٢٦-٥٠
المعتوه	من٢٥ فأقل

(حسام إسماعيل هيبه، ١٩٩٧، ٥٢)

ج- التصــنيف الاجتماعي لذوي الاحتياجات العقلية: يعتمد هذا التصــنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السـلوك التكيفي ، وقد صـنف حالات التخلف العقلي بمـا يتفق مع تصــنيف الجمعيـة الأمريكيـة للمتخلفين عقلياً والذي جاء على النحو التالي :-

جدول رقم (٣)
يوضح التصنيف الاجتماعي لذوي الاحتياجات العقلية

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد- بينيه	وكسلر- بلفيو
تخلف عقلي بسيط	١	-٢،٠١ إلى-٣	٥٢-٧٠	٥٥-٧٤
تخلف عقلي متوسط	٢	-٣،٠١ إلى-٤	٣٦-٥١	٤٠-٥٤
تخلف عقلي شديد	٣	-٤،٠١ إلى-٥	٢٠-٣٥	٢٥-٣٩
تخلف عقلي عميق	٤	-٥ فأقل	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

(يوسف القريوتى، وآخرون،١٩٩٥، ١٠٩)

د- التصنيف التكيفي للإعاقة العقلية :

تشير (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٩، ١٦) إلى أن الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً قدمت هذا التصنيف لاعتراضها على كل من التصنيف السيكومترى والتصنيف الاجتماعي ، واعتبرت أن السلوك التكيفي للطفل هو المعيار الأساسي لتصنيف المعاقين عقلياً ويؤكد سليمان الريحاني (١٩٨٥) على الأسباب التي جعلت من السلوك التكيفي معياراً للحكم على الإعاقة العقلية عند الأطفال وهي :

- عدم الاتفاق على تحديد العوامل والأبعاد التي تقيسها اختبارات الذكاء .
- لا يوجد اتفاق تام على تعريف مفهوم الذكاء .
- لا تقيس اختبارات الذكاء الجوانب الوجدانية والاجتماعية .
- وجود كثير من العوامل التي توضح الفروق والتباين بين درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء مما يطلق عليه خطأ القياس.
- التجاوز في تفسير انخفاض أو ارتفاع درجات المعاقين عقلياً على بعض أبعاد اختبارات الذكاء .

هـــــ- التصـــنيف الطبي الإكلينيكي لذوي الاحتياجات العقلية : يعتمد هذا التصـــنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصـــاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (٤)

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوي الاحتياجات العقلية

الفئات	أهم أسبابها
١-المنغولية أو عرض داون *Mongolian Or/Dawn`s syndrome*	تشـــير الدراســـات إلى أن أســـباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضــطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصـماء وكبر سـن الأم عند الحمل (أكثر من ٤٠ سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شـكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
٢-القزم *Cretins*	ترجع أسباب القماءة أو القصـاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسـن حالتهم الجسمية ونموهم و درجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكراً خلال السنة الأولى.
٣-صغر الجمجمة *Microcephalies*	ترجع أســـباب هذه الحالـة إلى إصـــابـة الجنين في الشـــهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشـــعة أو الصـــدمات الكهربيـة، وحدوث عدوى أثنـاء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحـالـة، أو التحـام عظم الجمجمـة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.
٤-كبر الجمجمة *Macrocephalies*	ومن أســـباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق الوراثـة(الجينـات) أدى إلى نمو شـــاذ في أنسـجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بـالذات إن نمو حجم الدمـاغ لا يعنى بـالضـــرورة وجود التخلف العقلي لأن حـدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.

الفئات	أهم أسبابها
٥-حالات عامل الريزيسى في الدم *R.H. Factor*	تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم R H - أي لا يوجد بها هذا العامل، والأب R H + أي يوجد لديه هذا العامل و ورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ و وظائفه.

(سهير كامل أحمد،١٩٩٨، ٨٧-٩١)

أسباب الإعاقة العقلية : ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل عديدة منها ما يختص بأثر كل من الوراثة والبيئة ومنها ما هو غير معروف حتى الآن ويمكن الإيجاز على النحو التالي :-

أولاً: العوامل الوراثية : تتمثل وراثة التخلف العقلي في الأمراض والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجين من والديه أو أحدهما فتسبب تلفيات الدماغ وتعيب جهازه العصبي وتعوق نموه وتطوره .(عبد العظيم شحاته ١٩٩٣، ٢٧) .

ويشير (محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ١٩٩) إلى أن بعض العلماء المشتغلين في مجال علم النفس والتربية يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن التخلف العقلي إلى عامل الوراثة ، مما أدى إلى التأكيد على أهمية هذا العامل الوراثي .

ويوضح (عبد المجيد عبد الرحيم ١٩٩٧ ، ١١٣) أن الدراسات التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم مابين ٥- ١٥ سنة أثبتت أن ٢١% من الحالات تعاني من ضمور في خلايا المخ وصغر حجم الرأس عن المألوف وكذلك ٢١% من الحالات أيضاً تعانى من العاهات علاوة على تشوهات أخرى في أجزاء من الجسم .

ويضيف (كمال مرسى ، ١٩٩٧، ١١٦) أن وراثة التخلف العقلي تعنى إما أن يكون الطفل قد ورث التخلف العقلي من والديه أو من أجداده ، أو قد يكون ورث خاصية مرضية بيوكيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وتؤدى إلى تخلفه العقلي .

وتنقسم العوامل الوراثية إلى :-

- العوامل الوراثية المباشـــرة : حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثـة عن طريق الجينـات التي يرثها الطفل عن والديه تحمل الصفات الوراثية للفرد ، وهذا يعنى أن أحد الوالدين معاق عقلياً دون أن يتصـــف بها ولا يظهر أثر لهذا الجين المتنحى إلا عند توافر شروط معينة.
- العوامل الوراثية غير المباشـــرة : قد يرث الجين صـــفات تؤدى إلى اضــطرابات أو عيوب في تكوين المخ فيكون الذي انتقل وراثياً في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدى إلى الإعاقة العقلية ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات :

(أ) اضـــطرابات الكروموزمات : وتحدث اضــطرابات أثناء عملية تكوين وانقســـام الخلايا ينتج عنه تغير في توزيع الكروموزمات ويكون هذا التغير في شـــكل وجود كروموزوم زائد في الخلية يؤدى إلى عيب في تكوين المخ فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومى .

(ب) اضـــطراب التمثيل الغذائي : تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدى إلى اختفاء نشـــاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء مثل الاضـــطرابات في تمثيل البروتين والاضطرابات في تمثيل الكربوهيدرات والاضطرابات في تمثيل الدهون .

- اضطرابات في تكوين خلايا الدم : تحدث الاضطرابات في تكوين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل تحدث الاضــطرابات في تكين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل RH ، وهذا العامل هو أحد مكونات الدم وعندما يختلف دم الزوجين من حيث هذا العامل ويرث الجنين دم أبيه فيختلف بذلك دم الجنين عن دم الأم .

وتعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسئولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوي الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر . ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصـــاع (القزم) وكبر الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي

المنقول من الأجيال السابقة البيئة بأفرادها المتخلفين عقلياً أيضا ًفلو أن الأب أو الأم يعانى من قصور عقلي أصبحت بيئة الطفل لا تساعد على التنمية العقلية . (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩، ٢١) .

ثانياً : العوامل البيئية : ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لا دخل للجينات الوراثية فيها، وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات والرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها .
ومنها الولادة المتعسرة أو المبتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ (آمال عبد السميع باظه ،٢٠٠٩، ٢١).
يتعرض بعض الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة للأمراض وحوادث خلايا أدمغتهم وأجهزتهم العصبية وتسبب تخلفهم العقلي ، وهي :

- عوامل ما قبل الولادة : تحدث في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وذلك لنمو الجهاز العصبي للجنين في هذه الفترة فقد يتعرض للإصابة بأمراض معدية تصاب بها الأم وتنتقل إلى الجنين مثل :
- مرض الحصبة الألمانية .
- مرض الزهري .
- مرض تسمم البلازما .
- مرض حمى الصفراء .
- تعرض الأم للإشعاعات .
- اضطرابات الغدد الصماء .

(كمال مرسى ، ١٩٩٧، ١٥٣)

- عوامل أثناء الولادة : تعتبر الولادة مرحلة من مراحل حياة الطفل تتأثر بالمرحلة التي قبلها وتترك بصماتها على الطفل في مراحل حياته التالية فإذا تمت الولادة طبيعياً ومرت بسلام دون مشاكل كانت بداية طيبة للطفل في حياته.(أحلام عبد الغفار، ٢٠٠٣).

وهذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة ويؤدى ذلك إلى إصابة مخ الجنين فيحدث للوليد نزيف أو تلف جزء من المخ .(عبد المجيد عبد الرحيم ، ١٩٩٧ ،١٣٤)

وتضـــيف (أحلام رجب عبد الغفار ،٢٠٠٣ ، ١٩) إلى أنه يمكن تحديد الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي أثناء الولادة :

- الحمل الخطر .
- عدم اكتمال الحمل .
- الإصابة البدنية أثناء الحمل .
- الاختناق أثناء الحمل .
- تشنجات الأطفال نتيجة اختلال الأوكسجين .
- نقص السكر في الدم .
- العدوى التي يتعرض لها الجنين تؤدى إلى تلف الجهاز العصبي .
- عوامل ما بعد الولادة : قد يولد الطفل ولادة طبيعية صـحيح البنية كامل النمو ومع هذا يكون عرضـــة للإصـــابة بالتخلف العقلي ، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤذى دماغه وجهازه العصـبي ، خاصـة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. (كمال مرسى ،١٩٩٧، ١٥٩)

وقد يصـاب الطفل بالإعاقة العقلية بعد مولده بسـبب تعرضـه لبعض الحوادث أو الأمراض ذات الأثر المتلف لخلايا المخ أو إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل (علا عبد الباقي، ١٩٩٣) .

ويوضـح(عبد العظيم شـحاتة مرسـى ،١٩٩٠، ٢٧) إلى أنه قد أبرزت الدراســات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصـة عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر يانت *Yant* أن هنـاك أكثر من مـائـة عـامـل ذكرت فيمـا كُتب عن العوامـل المؤديـة للإعـاقـة العقليـة ، إلا أن كثيراً منهـا نـادر الحدوث ، وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسـباب وراثية (داخلية المنشـأ) أو بيئية (خارجية المنشــأ)، وقد تحدث الأسـباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضــافة إلى وجود بعض العوامل النفسـية المسـاعدة على حدوث الإعاقة العقلية، ويشـير (عبد المطلب أمين القريطى ،٢٠٠٥ ٩٩) إلى الأسـباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهى:-

١-أسباب تتعلق بنواة البلازما.
٢-أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .
٣-أسباب ترتبط بزراعة الجنين .
٤-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.
٥-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .

٦-أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .
٧-أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية النفسية :

يشــير (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٤، ١١٤) إلى أن هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عالية ومن هذه العوامل الحرمان الإجتماعي والنفســي الشــديد في الطفولة المبكرة والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم ، وعدم توافر فرص التعليم والحرمـان الثقـافي ، والفقر وســوء أو تـدني الحـالـة الإقتصـادية مع كبر حجم الأسرة وسوء التغذية على سبيل المثال ، وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدى بالفرد إلى النضـــج العقلي والنفســـي والاجتماعي والانفعالي ، حيث تؤدى به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي .

ويشير *Colleen & Edward* (1995) لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصـادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضــطراب النفســـي في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي (*Colleen&Edward 1995,307*).

خصائص الأطفال المعاقين عقلياً :

من الصـعب أن نصل إلى خصـائص مميزة تتصف بالدقة لذوي الإعاقة العقليـة وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصـدر الإصـابة بالإعاقة وذلك لإرتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قســم علماء النفس والتربية صــفات المعاقين عقلياً على أســـاس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط .

أ-الخصائص الجسمية : تؤكد (علا عبد الباقي ،١٩٩٣) أنه على الرغم من تشـابه هذه الفئة في الخصـائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا أن هذه المظـاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقلياً، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية

كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة.

ويشير (محمد هندي ، ٢٠٠٢ ،١٠٢) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يتسم بقصور في الإحساس اللمسي وأقل إحساساً بالألم من العاديين ، وكذلك لديه قصور في حاستي السمع والبصر ، وطول النظر وعمى الألوان تكثر بينهم ، ولكن ربما تختلف نيب تواجدها من دولة لأخرى .

وتوضح (زينب شقير ، ٢٠٠٠ ، ١٢٤) عدة خصائص جسمية للمعاقين عقلياً هي :

- أقل وزناً وأصغر حجماً .
- أميل إلى القصر من الأطفال العاديين .
- تأخر في النمو العام .
- تشوه الجمجمة والفم واللسان والأسنان والأذنين والعين إما بالصغر في الحجم أو الكبر في الحجم عن العادي .
- صعوبة المحافظة على نفسه وعلى حياته .
- تكاد تنعدم حاستي الشم والتذوق .
- اضطراب حاستي السمع والكلام .
- زيادة نسب أمراض الكلام .
- تأخر المشي وضبط الإخراج .

ويشير هاوكنز *Hawkins* (*1994*) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ماقورنوا بالأطفال العاديين (*Hawkins,1994,15*).

ويؤكد(كمال إبراهيم مرسى ،١٩٩٦، ٢٧٧) إن كثيراً من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي مابين ١٣ -١٤ % لدى المتخلفين عقلياً، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى ٤٠% ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

وتشـير (آمال عبد السـميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢٣) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نموه العقلي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ، وتوجد إعاقات مصـاحبة للإعاقة العقلية مثل عدم التآزر الحسـي الحركي العصـبي ، ومعظم حركات الطفل المعاق غير هادفة .

ويشـير فروق محمد صـادق (١٩٨٢) : إلى أن ذوي الاحتياجات العقلية لديهم قصور واضح في النواحي التالية (السمع – الإبصار – اللمس) .

ب-الخصـائص العقلية المعرفية : تعتبر الخصـائص العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل العـادي ، فمعـدل النمو العقلـي للطفـل المتخلف عقليـاً يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العـادي ويتراوح عمره العقلي مهما بلغ به السن مابين (٧ – ١١) سنة .

ويشـير (محمد مقدار وآخرون ، ٢٠٠٨، ٢١١) إلى أن الطفل السـوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً فإنه ينمو ٩ شـهور عقلية في كل سـنة زمنية ، وأن نسـبة ذكاء المتخلف عقلياً تقل عن ٧٥ .

تشـير(آمال عبد السـميع باظه ،٢٠٠٩، ٢٤) أنه من محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (٧٠) وكذلك تتراجع مستوى العمليات العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم والإدراك . فتضـــعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يســتطيع التفكير المجرد بل يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة عما هو لدى الأطفال العاديين .

ومن الخصائص المعرفية التي تُميز المتخلفون عقلياً :-

١- الإدراك : يتميز المتخلفون عقلياً بضـعف الإدراك ، وذلك رغماً عن أن حواس المتخلف عقلياً قد تكون سليمة إلا أن المدركات التي تستغلها هذه الخواص تبقى في مستوى أقل سمواً أو ارتفاعاً عن الإحساسات المجردة ، أنهم يعجزون عن تمييز الألوان والأحجام رغم سلامة عملية الإبصار لديهم ويرجع ذلك لقصور قدراتهم العقلية .
٢- ضـعف القدرة على الانتباه والتذكر : فهم يعانون من قصـور في القدرة على التذكر والانتباه فقد يصـــعب عليهم الانتباه لموضـــوع معين فترة طويلة من الزمن . بل سرعان ما يشرد بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقلياً فهم المواقف التي تتطلب المتابعة والتركيز.

٣- الميل نحو تبسيط المفاهيم وعدم القدرة على التقييم : فهم يجدون مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم ، وذلك لأن هذه القدرات أكثر تشبعاً بالذكاء ، هذا بالإضافة إلى أنهم يوصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وبالتالي عدم قدرتهم على التقييم ، حيث أنهم قادرون على الاستجابة للمثيرات الحسية الملموسة .

٤- التأخر العقلي: فهم يعانون من تأخر في الكلام وتزداد لديهم عيوب وأمراض الكلام .

٥- الابتكار والتخيل : فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية أن المتخلفين عقلياً يمكنهم الرسم الإبتكاري أو النحت أو الأداء الموسيقى ، ومن الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال دراسة حمدي المليجى (١٩٨١) حيث أثبتت الدراسة أن التدعيم له أثر في تحسين الأداء الإبتكاري عند الأطفال المتخلفين عقلياً على اختبارات تور انس للتفكير الإبتكاري .

ويؤكد (فاروق محمد صادق ،١٩٨٢) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند ٧٥% فأقل أي أن القدرة العقلية للمتخلف عقلياً تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المناظر له في العمر الزمني أو أقل من ذلك سواء كان الاختبار المستخدم اختباراً لفظياً أو غير لفظياً ، فمن المعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً ينمو ٩ شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية ، وهذا هو السبب في زيادة التباين بين الأعمار العقلية بين السوي والمتخلف عقلياً .

ج-الخصائص الانفعالية : يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

١-عدم الثبات الانفعالي : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر ، فهم يميلون إلى التبلد الانفعالي واللامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطى ،٢٠٠٥، ٢٢٣).

٢-اضطراب مفهوم الذات : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين (كمال إبراهيم مرسى ،٢٠٠٠، ٢٨٩)

٣-الانسحاب : يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم ،٢٠٠٠، ٩٠) .

٤-السلوك العدواني : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي

، وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ،(سـهي أحمد أمين ،١٩٩٩، ٦١-٦٤).

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧، ٣٠٣- ٣٠٤) إلى الخصائص الانفعالية ؛ فنجدهم يتسمون بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار أو الهدوء كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وببطء الانفعال أحياناً أخرى ، أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي ، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط ، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة ولديهم توقعاً معمماً عالياً للفشل بالإضافة إلى أنهم يستخدمون قدراً كبيراً من الطرق في سلوك التجنب ومع تكرار الفشل في المهام المفروضة اجتماعياً فإن الطفل يتجه إلى عدم الإشتراك في المهام وتقليل الإحساس بالفشل من خلال عدم التنافس ، ويلاحظ أن هذه السلوكيات الخاصة التي تعبر عن التجنب تعد ضرباً من ضروب الإعاقة للنمو المعرفي .

د-الخصائص الاجتماعية :نظراً للتأخر اللغوي والجسمي فإن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به وذلك لعدم قدرته على ضبط انفعالاته والتعبير عنها لفظياً ويلجأ إلى الحركات التكرارية والحركات الزائدة ولا يستطيع إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانياً .ويشارك الأصغر سناً في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانطواء . وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي.(آمال عبد السلام باظه ،٢٠٠٩، ٢٣).

ويشير (سعيد حسنى العزة ،٢٠٠١، ٨٩- ٩٠) إلى أن القدرات العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً تؤدى به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميز للأطفال المتخلفين عقلياً ما يلي :

- قصور في الكفاءة الاجتماعية .
- عجز في التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .
- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- قصور في القدرة على التواصل .
- تدني مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .

- عدم القدرة للمبادرة بالحديث مع الآخرين .
- قصور في المهارات الاجتماعية .
- صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين .
- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
- الميل إلى المشاركة مع من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية.
- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .
- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
- قصور في مهارات العناية بالذات .
- قصور في المهارات اللازمة لأداء أنشطة الحياة اليومية .

هـ - الخصائص اللغوية :تعتبر اللغة وسيلة هامة من وسائل التواصل والتفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني بين الأفراد والجماعات ومن أهم ما يميز به النمو اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً :-

- الصعوبة في إخراج الأصوات وتقليد المحيطين به .
- فقر الحصيلة اللغوية للكلمات والمعاني وتكرارها .
- ضعف تركيب الجمل واستخدامها والتأخر في التعبيرات الانفعالية والوصفية .
- الضعف في استعمال الضمائر في المحادثة .
- عدم القدرة على التعبير والمشاعر والرغبات والأفكار .
- البطء في التقدم اللفظي مقارنة بالعاديين .(آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ٢٢) .

ويشير توماس *Thomas*(١٩٩٤) إلى أنه يمكن تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي يعتمد على النماذج البيئية المحسوسة .

(Thomas:1994,pp615–660)

وأشارت دراسة اكسروميرتيو *Xeromerituo* (١٩٩٢) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم قصـــور واضـــح في المهارات اللغوية مقارنة بالأطفال العـاديين وأظهرت الـدراســـة تـأخر المتخلفين عقليـاً في التعبيرات الوجهيـة والانفعـاليـة وفي إنتـاج الكلمـات الوصـــفيـة والنعتيـة *(xeromeritou: 1992,pp 571 – 584)* وتشير فوزية دياب (١٩٩٥، ٧٧- ٨٦) : إلى أن اكتساب الطفل للمهارات اللغوية يساعده على ممارسة الخبرات الحسية والحركية ، وإذا زادت هذه الحصيلة يبدأ الطفل في طرح الأسئلة والاستفسار والفهم والاسـتطلاع عن الأشـياء الغريبة ويظهر في نشـاطه تشـوقا ًكبيراً وحـاجـة شـــديدة إلى أن يكرر خبراتـه ويعيدهـا ويزيدها وكل هذا يمكنه من اكتساب أقوى للمهارات اللغوية .

الفصل الثانـــي

التوحـــــــــد

مقدمة

يعتبر ليوكانر *Leokanner,1935* أول من تعرض لإعاقة التوحد (الطفل الأوتيزمى) كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدي أو الأوتيزمى ، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديون استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجترارى النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والاهتمامات الجزئية بعيداً عن الواقعية ، وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبوا لها من ظواهر وأحداث صغيرة للبيئة بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعياً . ويفشلون في تكوين علاقات اجتماعية وإقامة تواصل مع الآخرين .

إلا أنه بدأ ينظر لهذه الفئة كفئة يطلق عليها الأوتيزم أو التوحد في الستينات من القرن الماضي مع التشابه في ذلك الوقت بين فصام الطفولة والتوحد حتى الثمانينات وذلك بعد صدور الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية والعلية *DSM* الثاني .

ويندرج التوحد كفئة مستقلة في كل من الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (١٩٨٧) ضمن فئة واسعة للاضطرابات السلوكية الناتجة عن اضطرابات انفعالية وسوء التوافق الاجتماعي وذلك مع التشابه في اضطرابات اللغة وبروفيل الشخصية وعدم التمييز المعرفي الناتج عن اضطراب الإدراك وصعوبة التفاعل الاجتماعي وفي الدليل الرابع *(DSM-IV)* (١٩٩٤) ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية الوجدانية .

(١) تعريف التوحد :-

يتضمن تعريف الجمعية الوطنية في المملكة المتحدة للأطفال التوحديين خصائص وصفات الفرد التوحدي بالأعراض التالية :-

١- اضطراب في سرعة النمو ومراحله.
٢- اضطراب في الكلام واللغة والتمييز المعرفي .
٣- اضطراب بل وعجز في الاستجابة للمثيرات الحسية .
٤- اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

وقد قدم محمود حمودة (١٩٩١) ملامح صورة إكلينيكية للطفل التوحدي من ثلاث مكونات تصور الإختلالات التي تصف الطفل المصاب بهذا الاضطراب .

- النمطية اللفظية *Verbal Stereo Types*
- الاختلال في النشاط التخيلي .
- الاختلال في التواصل مع الآخرين .

أولاً :- النمطية اللفظية (*VST*) .

وتشـــتمل على تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، وأحياناً يكون التكرار للتذكر قصـير الأمد وتكرار الكلمات وأشـباه الجمل لديه تتكرر مرات عديدة بدون المواقف الاجتماعية المناسبة لها .

ثانياً :- الاختلال في النشاط التخيلي .

ويشـتمل على غياب استخدام الرموز والإشـارات أو اللعب الخيالي مثل اللعب بـالأدوات والدمى وغياب لعب أدوار الكبار (اللعب الاجتماعي) ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام والاهتمامات البيئية ومقاومـة التغيير في البيئـة ، ويؤدى بعض الســـلوكيات الآليـة النمطيـة مثـل التصـــفيق بالأيدي أو اللعب ببعض الورق والخيوط دون إبداع لفترات طويلة وحركـة الجســـم بطريقـة روتينيـة ، وكذلك الانبهار من الأجســـام المتحركة ويعطى اهتماما أحياناً لأجزاء من جسمه .

ثالثاً :- الاختلال في التواصل مع الآخرين .

ويشـــتمل على المهارات اللفظية وغير اللفظية كالإشـــارات والإيماءات وتعبيرات الوجـه . وقد تغيب اللغـة كليـة ، وقد يوجد بدايات لغة خاطئة دون معنى ونضـــج فالبعض منهم يردد أحياناً كلام غير مفهوم وركيك ، مع ترديد بعض الكلمات مباشـــرة أو مع إرجائها غير موقعها المناســـب واســـتعمال الضمائر الخاطئة فلا يوجد فرق بين استعمال أنت أو أنا أو هو ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء أو استعمال المصطلحات المحددة ، وأحياناً يستعمل لغة لا يفهمها من حولـه مجازيـة ويفهمها الملاحظين أو المقيمين مع الطفل . واللغة المنطوقة على وتيرة واحدة والتواصـــل غير اللفظي مثل الإيحاءات الانفعالية وتغيرات الوجه تكون غير مناســـبة للموقف الاجتماعي ولا يفهم التعبيرات اللغوية للآخرين مثل الفكاهة .

ويضـيف محمود حمودة (١٩٩١) إلى الصـورة الإكلينيكية السـابقة سـتة عشر صنفاً لهذا الاضطراب ، ويشترط وجود ثمانية أعراض منها على الأقل لتشـــخيص الطفل الأوتيزمى . وقســـمها إلى مجموعات ثلاث هي نفســـها المكونات الثلاث للصورة الإكلينيكية بصورة أكثر تفصيلاً .

أ) وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

(١) خلل بارز في القدرة على عمل صداقة مع الآخرين .
(٢) لا يشترك في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الفردي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .
(٣) عجز ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر للآخرين .
(٤) لا يحاكى الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكى بصورة ناقصة أو جزئية أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة له بالموقف بصورة تكرارية .
(٥) لا يبحث عن الراحة وقت المرض أو يطلب الراحة بطريقة ملحة أو شاذة .

ب) خلل كيفي في التواصل الفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي .
(١) لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء أو التواصل الحركي .
(٢) التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملقة بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين " ولا يعرف التقاليد كالاحترام والترحيب .
(٣) غياب النشاط التخيلي وأيضاً اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية والروايات والقصص الخيالية .
(٤) يظهر شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحياناً الكلام على وتيرة واحدة.
(٥) يظهر شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية مكررة مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر .
(٦) عجز في القدرة على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث .

ج) النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات .
(١) ضيق ملحوظ وفقر في الاهتمامات والانشغال باهتمامات ذاتية جزئية أحياناً اهتمام واحد جزئي بأعضاء الجسم ، بأوراق وخيوط وغيرها .
(٢) الإصرار غير المناسب على إيقاع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند قضاء بعض الأعمال .
(٣) التوتر والاضطراب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان ضعيفاً مثل تحريك كرسي أو أباجورة .
(٤) الحركات الآلية للجسم مثل لف الرأس أو الجسم أو النقر بالأيدي .

يعرف التوحد بأنه اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية خاصـــة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (إسماعيل بدر ،١٩٩٧: ٧٣١) .

وتعرفه نادية أبو الســعود (١٩٩٨) بأنه ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية .

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (*plmH. 1998*)على أنه تشويش على العقل الذي يؤثر على قدرة الأطفال على الاتصــال ، وإقامة علاقات مع الآخرين . وبعض التوحديون قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي ، وبعضـهم محصـورون داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة ومشكلات اجتماعية وحسية تؤثر على سلوكهم وقدرتهم على التكيف مع الحياة .

ويوضـح *(appie,et al) (٢٠٠٥-٢٣)* أن الأطفال التوحديون ذوي النشـاط الزائد منبوذون اجتماعيا لعدم قدرتهم على التفاعل مع الأقران ، كما أنهم يكابدون في مســاراتهم التكرارية ،تكرار أدوارهم المقيدة والطقوس النمطية لديهم .

ويشـير (فاروق صـادق ، ٢٠٠٣: ٦٢)إلى أن التوحد نوع من اللاضـطرابات في النمو والتطور تظهر خلال السـنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر على مختلف جوانب النمو الســالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة (أي لا يحدث شفاء منه) ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل .

ويشير (محمد صبري وهبة : ٢٠٠٤) أن التوحد أو الذاتية نوع من الإعاقة ســببها خلل وظيفي في الجهاز العصــبي ويتميز بنفس القدرة على الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي ، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن الوســط المحيط فلا يكاد يحس بما يدور حوله هذا ، ويصــاحب التوحد متلازمات أخرى مثل متلازمة *Fragile Syndroom* حيث بروز الأذن ومرونة المفاصــل والإعاقة الذهنية كما يصــاحبه مرض اســبرجر

Asperger حيث لا يميلون لتكوين العلاقات الاجتماعية هذا وقد أكدت الدراسات في مركز الأبحاث بجامعة كامبردج أن نسبة حالات التوحد تكون ٧٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف حالة.

ويتفق كل من بارى وآخرين *Barry et al* (٢٠٠٣: ٦٨٥)،ياس ومولیك*Bass&Mulick* (٢٠٠٧: ٧٢٧) ، أكشوموف *Akshoomoff* (٢٠٠٦: ٢٧٤) وريفيس *Reavis* (٢٠٠٣)على أن التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة ، حيث يعانى الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين ، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية ، والإشارات المستخدمة . كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين ، مما يتضح أثره في صعوبة اكتساب المهارات .

ويتفق كل من هشام الخولي (٢٠٠٤) ، وعادل عبد الله (٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب التوافق ، ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية . تتمثل في نمطية الحركة ، وأيضا اضطرابات في اللغة .

ويعرف إبراهيم الغنيمى (٢٠١٠: ١٧) أن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية ، ويتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائى النوعي وصلة التواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرات اللغوية التقديرية ، والمعدل المحدود من الاهتمامات والافتقار إلى التماسك وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعالجة البديلة الفراغية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة التصورية والإدراكية .

وعرفه السيد الرقاعى (١٩٩٩: ٨٧) بأنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضا وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى .

ويرى كـل من عثمــان فراج(١٩٩٤: ٥٣) ، وبيرســـون وآخرون *Pearson et al* (٢٠٠٦: ٣٢٨) أن مصطلح التوحد يطلق على إعاقة من إعـاقـات النمو التي تتميز بقصـــور في الإدراك والتفكير ونزعـة انطوائيـة إنســحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به ، وبذلك يصـبح الطفل التوحدي منغلقا على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث .

وتعرفه سهي أمين (٢٠٠١: ٢٠) بأنه نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظـل متزامنـة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياتـه ، وتؤثر على جميع جوانـب الفرد وتبعـده عن النمو الطبيعي ويؤثر هـذا النوع من الاضـــطرابات الارتقائية على التواصـــل ســـواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضـاً على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال التوحـديون ، ويظـهر في خلال الســـنوات الأولى من عمر الطفـل ويفقـده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يمر بها ، وهذا النوع من الاضـطرابات لا شفاء منه ، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر .

ويرى كل من ماكينتوش وديســاناياك *Macintosh & Dissanayak* (٢٠٠٦) أن أطفـال التوحـد ذوي الأداء المرتفع لـديهم قـدرات معرفيـة عالية ، عادية أو فائقة ، فكثير منهم يتعلمون القراءة في ســـن مبكرة ، ويؤدون المهام المدرسية بصـورة جيدة ، وقد يغفل عن هذه الجوانب المعلمون وكما أن لديهم أداء لغويـاً أكثر طبيعـة ، ولكنهم لا يقـدرون على متـابعـة المحـادثـة المجردة ، ويعانون من صعوبات أثناء الحديث مع الآخرين ، وممكن أن يتحدثوا بطريقة هوجـائيـة ، وعـادة ما يرتبطون بالكبار أكثر من الأطفال ، ولا يســـتطيعون قراءة الآخرين (نظريـة العقل) ، ولـديهم صـــعوبات في تكوين الأصـــدقاء والاحتفـاظ بهم ، وعـادة مـا يصـــبحون مثبتين على اهتمـام واحـد ويهتمون بالحديث عن هذا الجانب .

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل *Parsons & Mitchell* (٢٠٠٢: ٤٣٠) وايفي وآخرين *Ivey et al* (٢٠٠٤: ١٦٧) بالجانب الســلوكي في تعريف التوحد حيث رأوا أن التوحد اضطراب تفكيكي *Disintegrative* يتم تشــخيصـــه على المســتوى الســلوكي طبقا لثلاثية الإعاقات في التواصـــل والمشـــاركة الاجتماعية والتخيل ، وهذا الاضـــطراب التفكيكي يتراوح مابين التوحد الكلاسيكي ذي صعوبات التعلم الحادة

على أحد طرفي المتصـــل وعلى الطرف الآخر يوجد التوحد ذو الأداء المرتفع *High Functioning Autism*. وعرفـت الجمعيـة الأمريكيـة لتصـنيف الأمراض العقلية *American psyehazric association, 4 E 1994* الاضـطراب التوحدي بأنه فقدان القدرة على التحسـن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصـــالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض حـالات التوحـد تكون مرتبطـة بتكرار مقـاطع معينـة ، ويظهر هؤلاء مقاومة شـــديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة *(DSM:1994)* .

وعرفته دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتسـاب المعلومات وهذا الاضـطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصـة مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجى في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن *(Michael:1999)* .

ويشير كل من *(Moyes2001:33.,Biklen.&Attified,2005:66)* في تعريفهم للتوحد أنه أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم وأن هذه الاضطرابات تؤثر على كل أنماط النمو بشكل خطير وأن هذا الاضطراب يولد الطفل به بالرغم من أن أعراضه لا يمكن التأكد منها بشكل حاسم قبل ثلاثين شهراً .

ويشير محمد شوقي (٢٠٠٣: ١٧) إلى التوحد بأنه اضطراب إتصالى خطير في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شـــهر الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك التواصـــل سواء اللفظي أو غير اللفظي وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضــح في النمو اللغوي والاجتماعي مصــحوباً بأنماط سـلوكية نمطية ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية والإصـــرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إذاء أي تغيير ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة (أي لا يحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدمة للطفل التوحدي .

ويشير محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦: ٦٦) إلى الطفل التوحدي بأنه طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به.

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠: ٥٠٥) ، وعمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤: ٦٣) على أن مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث أنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء ويتصف هذا الاضطراب بالشذوذ في الاتصال ، مما يجعل الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب .

ويشير عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطى (١٩٩٢: ٥٢-٥٣) على أن التوحد هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (مابين ٣٠-٤٢) شهراً ويؤثر في سلوكهم ، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها .

ويتفق كل من هشام الخولي(٢٠٠٤) وعادل عبد الله(٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تؤثر سلباً على العديد من جوانب التقوقع حول نفسه ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة وأيضاً اضطرابات في اللغة.

ويوضح يوسف القريوطى وآخرون (١٩٩٥- ٣١٦) أن التوحد يحدث نتيجة لاضطرابات في الاستجابات الحسية واضطرابات في سرعة أو تتابع النمو واضطرابات في اللغة والكلام والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات ، مما ينعكس بدوره في ظهور الاضطراب في الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي .

ويتفق جريلا وآخرون *Grela et al* (٢٠٠٦- ٧٥٣) ، ودارسون وآخرون *Dawson et al* (٢٠٠٤- ٢٧١) على أن الأطفال التوحديون لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء

أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية كما أن لديهم جمودا في الروتين حيث يصـــبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين ، ويكون رد فعلهم سلبياً .

وعرفه *Gilberg* (١٩٩٢- ٣٨٦) على أنه أزمة ســلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بنقص في التواصل الاجتماعي وضعف في الاتصال .

كما أن التوحد حالة كاضطراب عقلي تصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي .

إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشـــكل طبيعي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني . واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة (رمضان القذافي ،١٩٩٣: ١٥٩) .

(٢) انتشار اضطراب التوحد: -

ينتشـــر اضـــطراب التوحد (الأوتيزم) بنســبة (١ – ٢٠٠٠) بين الأطفال وقد تصل إلى (١ -٢٥٠٠) كما ينتشر بين الذكور بنسبة أكبر عنه بين الإناث . وقد قدم العديد من العلماء والباحثين بعض الأعراض أو زملة من المسالك يتردد من خلالها وجوده . ويطلق أحمد عكاشة (١٩٩٢) على الذاتوية أو " إعاقة التوحد " الذتوية الطفيلية *Childhood Autism* بأنها نوع من الاضطراب الإرتقائى المنتشر يدل عليه التالي :-

- نمو أو ارتقاء غير طبيعي في قصور وعجز أو اختلال يتضح وجوده قبل عمر (٣) سنوات .
- نوع من الأداء الغير طبيعي في المسالك الآتية :-

أ) عجز في التفاعل الإجتماعي مع المحيطين به في البيئة .

ب) عجز في التواصل والسلوك النمطى المحدود والمتكرر.

ج) إنتشـــار المخاوف المرضـــية واضـــطرابات النوم والأكل والهياج بالعدوان الموجه للذات .

اتفق عصام زيدان (٢٠٠٤) ، إلهامي عبد العزيز (٢٠٠١) ، عادل عبد الله(٢٠٠١-أ) ، حسين فايد (٢٠٠٤: ٥٢٩) على أن اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل ٥٠٠ فرد وأن نســبة انتشـــاره لدى البنين تزيد عنها لدى البنات بأربعة أضـعاف ، وأن التقديرات توضـح أن صـــافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد ذوي التوحد قياساً بأقرانهم ذوي الاضطرابات

الأخرى يصل إلى ٣% تقريباً وأن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠،٦ % وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح مابين ٠،١٣ % : ٠،١٦ % .

ويتفق كل من إبراهيم الزريقان (٢٠٠٤) ، يوسف وآخرون (٢٠٠٤) عبد الله سكر(٢٠٠٥).

على أن تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ١: ٤ ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو المادية أية علاقة للإصابة بالتوحد وكذلك المحكات التشخيصية للكشف عنه ، يعتبر التشخيص الدقيق له متغيراً عما هو عليه من قبل .

ويشير ستيفن إديلسون (٢٠٠٦ : ٧)إلى أن نسبة انتشار التوحد في تزايد ويرجع هذا التزايد إلى نسبة انتشاره إلى الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب وهذا الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية ، والذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشارا ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي .

ويتفق كل من كانون (٢٠٠٦: ٩) ، سيلرز (٢٠٠٦: ٤) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالى ٤٠: ٦٠ طفلاً في كل ١٠٠٠٠ طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية مابين ٦٠٠٠٠ إلى ١١٥٠٠٠ طفل تحت سن ١٥ عام يتم تشخيصهم على أنهم ذو توحد .

(٣) أسباب التوحد:

لأن لم يصل العلماء والباحثين إلى أسباب مؤكدة يمكن الأخذ بها والاستناد عليها للوقوف على أسباب اضطراب التوحد إلى جانب عدم الاتفاق على سبب واحد لحدوث هذا الاضطراب بالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تعددت في هذا المجال فإنه لا يزال البحث والدراسة قائم ، وهناك بعض النظريات التي توصلت إليها الأبحاث العلمية المفسرة لأسباب التوحد :

- النظرية الأولى :ترى أنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة الكازين وهي موجودة في لبن الأبقار والماعز وكذلك مادة الجلوتين وهي مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير .

- النظرية الثانية :ترى أن المضادات الحيوية أحد الأسباب للإصابة بالتوحد حيث يؤدى تناولها إلى القضاء على البكتريا النافعة والضارة في الأمعاء مما يؤدى إلى تكاثر الفطريات التي تقوم بدورها في إفراز المواد الكيميائية مثل حمض " الطرطريك والأرابينوز " والتي تكون موجودة أصلاً ولكن بكميات صغيرة وقد لوحظ زيادة ونمو وتكاثر الفطريات في الأطفال الذين يعانون من التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية ، وكذلك احتواء الجسم والوجبات الغذائية على كميات كبيرة من السكريات .
- النظرية الثالثة :ترى أن أسباب التوحد ترجع إلى لقاح " النكاف " و"الحصبة " و" الحصبة الألمانية " حيث وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين وهذه اللقاحات تزيد هذا الخلل . وأن بعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات كما أنه بحساب كمية الزئبق التي تصل للطفل عن طريق تلقى اللقاحات وُجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح بها ، حسب لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية وهذه النسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل وقد تكون من الأسباب التي تؤدى إلى التوحد . (الوفاق،٢٠٠٠) .

والاضطراب التوحدي أكثر الإعاقات التطورية ، ورغم التطور الحادث في تشخيص الاضطراب التوحدي والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة الطبية إلاَّ أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف أو غير واضح فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل . إلاَّ أن هناك من يؤكد على الأسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب .

وتشير بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات وظروف الحمل والولادة إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد فقد يكون أحد هذه الأسباب أو الأسباب مجتمعة هي التي تسبب المرض .(عثمان فراج، ١٩٩٦) .

كما يرى البعض أن مشكلة التوحد تتلخص في الجينات ومعنى ذلك أن الأمر قد يكون حسم (بإصابة الطفل بالتوحد) من قبل حتى أن يولد بفترة طويلة *(Richer &Coates,2001: 8)*

ولا يعد التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته فلا نستطيع أن نرجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة ترجع بشكل أساسي إلى الخلايا والأعصاب والإنزيمات والهرمونات *(Davis,2002: 14)* .

ولا ترجع الإصابة بالتوحد للعرق أو الظروف الاجتماعية مثل العائلة ونمط الحياة ومستوى التعليم حيث أن كل ذلك لا علاقة له بظهور التوحد *(Gerlach,2003: 1)* .

(١)العوامل النفسية والأسرية *psychological Factors*

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الاضطراب ، كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسية والعزوف عن الآخرين والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة يؤدى إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة (رشاد عبد العزيز موسى ،٢٠٠٢: ٤٠٧) .

ويرى صلاح عراقي (٢٠٠٦: ٢٢٣) . أن ما يتوقعه الأطفال وما ينتظرونه من أسرهم وبيئاتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومراحل النمو المختلفة إنما يلعب دوراً هاماً في كيفية إدراك الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أُسرهم وفي كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة .

كما يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى تفاعلات الطفل مع الآباء حيث يوضح كاتر أن علاقة الآباء غير المستحبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم *(sue,et,al,1994: 504)* .

ويرى كوهين وباتريكن (٢٠٠٠) ، كايل ونيلسون : *(Kail& Nelson,1993: 442)*

أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطراب لم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثير من آباء الأطفال التوحديون ذو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ،إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع مستويات

الذكاء والطبقات الاجتماعية .
ولقد حدد كل من دينيس وكانتويل *Dennis&Cantwell* أربعة عوامل أساسية من العوامل التي تساهم في إيجاد التوحد هي : -

- اضطراب نفسي عند الوالدين أو انحراف في الشخصية .
- درجة ذكاء الوالدين والطبقة الاجتماعية .
- ضغوط قاسية وعنيفة وأحداث مصدمة في بداية حياة الطفل .
- انحراف في التفاعل بين الوالدين .(نادية إبراهيم : ٢٠٠٢: ٦٨-٦٩)

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد الدراسة التي قام بها *Burd kerbeshan* (١٩٩٨) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعانى من التوحد عمرها (٢٢) شهر ، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركوا فيها الابنة مع الجدة وظلت الطفلة تبكى من (٨: ٩) ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت في ذهبت إلى النافذة وكررت أمي ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة ، وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض التوحد الأخرى عليها كالحملقة واللعب بشكل غير مميز، ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة وعندما وصلت إلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل ، وفي سن أربع سنوات دخلت المستشفي ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظلا ملازمين لها حتى سن (٦) سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها ، وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث التوحد (إلهامي عبد العزيز أمام ،١٩٩٩،٤٠) .

وتذكر (ميريلا كيارايد ،١٩٩٢ : ٧٣) إن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة هادئة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يوفروا له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعدونه على اتساع أُفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية .

ويشير كل من (عبد المجيد سيد أحمد ، زكريا الشربيني ،١٩٩٨،٦١-٧٩) إلى أهمية العامل النفسي البشرى وأنه حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها البعض تؤثر على المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل ، وبعد الميلاد وفي امتداد حياة الإنسان ، والأم

هي الوعاء الذي ينمو بداخله الجنين وبهذا فإن الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة على الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضا فالخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للأم ، ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية مما يؤدى إلى اضطراب في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدورة على نمو الجنين كما أن اتجاهات الأُم نحو الحمل تؤثر على توفير شروط مناسبة للجنين .

وأخيراً فإن هذه العوامل النفسية والأُسرية لم تجد ما يبررها في أن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث أن البحوث الحديثة لم تؤكدها بل أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم هم السبب في إصابة الطفل بالتوحد فقد نجد أطفالاً كثيرين فقدوا آبائهم ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد .

(٢) العوامل البيولوجية:-

يعتقد (لويس كامل مليكة ،١٩٩٨: ٢٦٧-٢٦٨) أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات في المناطق الشبنية والدهليز وجذع الدماغ وينظر إلى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تعتقد أن التوحديون يفشلون في تنمية التخصص النصف كروي وبخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ، ورغم أنهم أقل قصوراً في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ (القشرة الوسطى أو الحوفية – والمخطط) .

وفي دراسة قام بها مورتون وآخرون ١٩٩٧ *Morton, et al* . على طفل عمره عامان يعانى من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الدماغي الأيمن ، وفي دراسة أُخرى قام بها كاتس ١٩٩٨ للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical and neurocognitive* بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية ، تم عمل رنين مغناطيسي وتحليل كمي لتشريح المخ ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميجدال*Amygdaloid* والحصين

وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebellar Hippocampal vermis Iobules* وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (٣،٥-٦،٥) سنوات (إلهامى عبد العزيز إمام ١٩٩٩: ٤٥-٤٦).

وفي دراسة لسميرة السعد (١٩٩٨: ١٣٥) وأُخرى لرفعت بهجات (٢٠٠٧: ٤) أكدا أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ورئيا أن الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفاً في المخ أثناء الحمل أو الولادة قد يكونوا أسباب لاضطراب التوحد.

ويشير دايكن وماكملان *(Dyken&Mac Malan) ١٩٩٣* إلى أن تعرض الأُم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد ، وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديون عن الأطفال الطبيعيين فقد اكتشفت ضمور في بعض الفصوص المخية*(Clarke,1992-53)* .

ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص التوحديون المتوفون حديثاً ، وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه *Zielke,et al (١٩٩٦)* .

ويعتقد العلماء أن للتوحد أساساً جينياً ، ودراسات التوائم والدراسات العائلية تمدنا بدليل قوى على ذلك ، ولا يزال الباحثون يحاولون إيجاد الجينات المسببة في العائلات والتي تجعل أحد أعضائها أو أكثر توحديون ، بالرغم من أنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد . فريت *(Frith: 2003: 70)* .

ويشير *(Brill, 2001: 18)* إلى إن الدراسات الأولية أشارت إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم ١٣ هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم ٧ والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث . ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعى وجود حوالي ٢٠ جيناً مختلف مرتبط بالتوحد .

من خلال ذلك نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي اهتمت باضطراب التوحد وبعد ما جاء عن العوامل النفسية والأسرية في أنها لم تجد ما يبررها لأن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث تؤكد النظرية البيولوجية على أن السبب للتوحد هو اضطراب

غير طبيعى وشـــديد في الدماغ نتيجة إنتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصـابة بالحصـبة الألمانية أو إنخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقاً مع أعراض عصـــبية أو عقلية . ومن خلال ذلك نستطيع أن نقول أنه لايوجد حتى الآن دراسات وافية في هذا المجال وأيضاً لايوجد سبب واحد معروف لحدوث هذا الاضطراب التوحدى.

(٣) العوامل البيوكيميائية *Biochemical Factors*

يشـــير (لويس كامل مليكة ،١٩٩٨: ٢٦٨) إلى أن معظم الدراســات والبحوث في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطى *Peripheral* أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأطفال الأســوياء وأنه في حوالى ٣٠ % من الأطفال التوحديون أكثر إرتباطاً بإنخفاض مســتوى الذكاء ، كما يوجد نقص في ســائل النخاع الشــوكى وإزدياد في حمض الهموفونانيليك لدى الأطفال ذوي التوحد .

وفي هذا المجال يستخلص كل من (عثمان فراج ،٢٠٠٣: ١٢)، عادل عبد الله (٢٠٠٤: ١٧٣-١٧٤) مجموعة من العوامل البيئية والعصــبية والكيميائية التي قد تلعب دوراً ملحوظاً في حدوث اضطراب التوحد هي :-

- التلوث الكيميائى وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ .
- أحد صور التمثيل الغذائى مثل حالات *pku* ، أو مرض السكرى .
- خلل أو قصور في الجهاز المناعى.
- إصابة بكتيرية أو فيروسية ، مثل التهاب الغدد النكافية ، أو إلتهاب الكبد الوبائى ، أو الإيدز ، أو نقص المناعة المكتســبة ، أو إصــابة الأم بالحصبة الألمانية .
- تعرض البويضـــات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات .
- التلوث الإشـعاعى أو التعرض للأشـعة سـواء الأشـعة السـينية (x)، أو التسرب الإشعاعى ، أو إستخدام النفايات النووية في الأسلحة الثقيلة .
- التعرض للأمراض المعدية ، وخاصـــة تعرض الأم الحامل لها ، وإصــابتها بها أو تعرض الطفل لها في بداية حياته أو خلال عامه الأول.

كما يشـــير (عثمان فراج،٢٠٠٣: ٧) إلى أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أُثيرت في أوائل التسعينات عندما أُكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين السيدات لتثبيت الحمل كان سبباً لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلى أو صمم ، أو كف بصر بعد ولادتهم وتبين أن ٥% من ضحايا هذا العقار قد أصيبو بالتوحد ، حيث تبين أن تأثير الثالومين يحدث في الأســابيع أو الأيام الأولى للحمل إذا تعاطته الأم بعد الإخصــاب بفترة وجيزة ، وقد لاتكتشـف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل حيث يكون الجهاز العصـــبي في مرحلة بدء تخلقه (٢٠-٢٤) يوماً من بدء الحمل .

كما ترى (زينب شقير،٢٠٠٤) ،(جمال القاسم وآخرون ،٢٠٠٠) أن تزيد إحتمالية ولادة طفل توحدى في حالات الولادة المتعثرة أو المعقدة وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمى قاطع حتى هذا اليوم لإعتبارها مسبباً أساسياً في وجود حدوث حالة توحد

وفي دراســـة قام بها كل من *Kan,patricia & Kan Edward* *(1998: 207-218)* للتعرف على شــــذوذات الأيض *Metabolic aderrations* من خلال عينات لدم وبول ٥٠ طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع ممزق بسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية *plly acids* وهو ما تم تفســيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة في الاضطراب التوحدي كما أن معدل البيتا انرورفت *Betaendorphins* (مواد تشـــبه الأفيونات وتفرز داخلياً في الجسم) المناعية التفاعلية) في البلازم التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائياً مقارنة بالأسوياء .

إلاَّ أننا حتى الآن لا نرى أسباب قوية للإصابة باضطراب التوحد حيث الآن يختلف العلماء في تحديد الأســباب التي لم تكن قاطعة فمنهم من يرجعها إلى العوامل الخارجية كملوثات البيئة مثل الزئبق والرصاص والمعادن السامة واستعمال المضادات الحيوية بشكل كبير أو التعرض للفيروسات أو الالتهابات وضعف المناعة وضعف التغذية ونقص مضادات الأكسدة ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة ، ونقص الأحماض الدهنية . ومنهم من يرجعها إلى العوامل الجينية الوراثية في حالة قابلية جينات الطفل للإصابة بالتوحد .

(٤) أعراض التوحد:

يشير *(Gabriels.& Hil, 2003: 16)* إلى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدي يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديداً في التفاعل الاجتماعي . ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدي حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو إنها غير موجودة بالمرة أو أن بها عجز في ناحية ما ، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعانى من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما نجده أيضا بوضوح في الطفل التوحدي هو السلوك التكراري ، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في كل مرة ويصر على روتين يومي معين وثابت ويواجه تغيير هذا الروتين بالثورة والغضب .

ويصف عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) الاضطراب اللغوي لدى الطفل التوحدي بالقصور اللغوي والعجز عن التواصل حيث يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعانى من الصمم وبالتالي من البكم (*Mutism*) حيث لا يستجيب أحياناً الطفل لصوت رغم ارتفاعه ويستجيب في نفس الوقت للأصوات الخافتة مثل ورق الجريدة أو الورقة التي تغلف قطعة الشيكولاته .

- وبهذا يصبح عدم تجاوبه راجع إلى عدم قدرته على فهم الرموز اللغوية ومعنى الأصوات .
- ولا يتقن اللغة التي يستعملها لوصف ذاته واحتياجاته .
- يصدر أصوات عديمة المعنى أو همهمة غير مفهومة ومتغيرة تجعل المحيطين به يفشلون في تلبية رغباته لتغير المقاطع والنغمات .
- ويردد نفس السؤال إذا سألته إما مباشرة أو بعد فترة .
- لا يستخدم الكلمة في مكانها الصحيح في الجملة بل ويفشل في تكوين جملة صحيحة .
- يعجز في الربط بين الشكل والمعنى والمضمون والأثر الوجداني للكلمة غير موجود لديه ، فلا يميز الأثر النفسي للتعبيرات اللفظية وغير اللفظية .
- تعميم معرفي لوصف الأشياء ويظل ثابت مثلاً كتاب يحكى قصة محددة يظل يطلق هذا الاسم على كل كتاب يراه – كما هو في مراحل النمو المعتادة في الطفولة المبكرة حيث يسير النمو عادة من العام إلى الخاص من اللاتمايز إلى التمايز مما يدل على عدم النضج في العمليات المعرفية لديه وقدرته على إدراك وتمييز الأشياء بدقة .

- عدم فهم التعليمات اللفظية والشفوية والأوامر فالمعنى من وراء اللفظ المستخدم وبالتالي لا يستجيب لما يطلب منه .
- صعوبات في اكتساب اللغة ونموها وفقر في المحصلة اللغوية رغم عدد السنوات العمرية للطفل.

ويتفق كل من محمد إبراهيم عبد الحميد (٢٠٠٣) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (٢٠٠٧) على أن أعراض التوحد تظهر فيما بين العام الثاني والثالث وتظهر هذه المشكلة كلما زادت سنوات العمر وزاد ابتعاد الطفل عن الآخرين وفقد إحساسه بالزمن وازدادت الحركات غير الهادفة وفقد قدرته في التعامل مع البيئة والتفاعل معها في نفس الوقت الذي يقف عجزه عن الاتصال اللغوي عن طريق الكلام بالبيئة التي يعيش فيها حائلاً بينه وبين نمو شخصيته وإدراكه لذاته .

ويرى *(Michael: 1999)* أن أعراض التوحد يبدأ ظهورها لدى الطفل التوحدي خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي ، وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر ، وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر الاستغناء عنها ، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الأم والخطر ، ويصبح السلوك مشتت ، وقد أوضحت الإحصائيات أن من ٧٥: ٨٥% من التوحديون يعانون من تخلف عقلي بدرجات متفاوتة .

ويشير (محمود على محمد ، ٢٠٠٤) إلى عدة مؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدي داخل الأسرة ، منها :

- الحركات المتكررة مثل الجري ، وفتح وغلق الباب باستمرار في البيت.
- الاهتمام بالأشياء المتحركة حيث يلاحظ على الطفل التوحدي أنه دائم النظر إلى المروحة في السقف ومشاهدة الأفلام التليفزيونية .
- الطرق والخربشة على الباب .
- إيذاء الذات حيث العبث بالأواني وأدوات المطبخ .
- صك الأسنان عند تناول الطعام .
- الاضطراب من تغيير الروتين ويظهر ذلك في حالة وجود الضيوف أو تغيير مكان النوم .
- الصراخ وإصدار أصوات غريبة وذلك يكون في فترة الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة .

ومن أبرز أعراض التوحد:

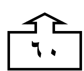
- أن يجد الطفل صـــعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية ، وعدم قدرته على التواصـل والمشـاركة في اللعب الجماعي مع أقرانه من الأطفال ، ولا يشارك الآخرين في اهتماماته .
- عدم القدرة على التواصـــل مع الآخرين عن طريق الكلام أو التخاطب فالطفل التوحدي يعانى من انعدام النضـج في طريقة الكلام ، ومحدودية فهم الأفكار ، واستعمال الكلمات دون ربط المعاني المعتادة بها ، وترديد العبارات والجمل إلى يسمعها .
- بطء المهارات التعليمية ، وأثبتت الدراســات أن ٢٠%من الأفراد الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتسـاب القدرات العقلية ، وأكتشـف أن لدى المصــابين بالتوجد مهارات ومواهب معينة في مجالات الموسـيقى والرياضــيات ومهارات يدوية مثل تركيب أجزاء الصـــور المقطوعة ، بينما يظهر تخلف شديد في مجالات أخرى .
- يظهر على ٢% من الأطفال الذين يعانون من التوحد حالات صـــرع ، ويعانى بعض الأطفال من الحركات الزائدة ، وعدم القدرة على التركيز والاستيعاب
- التمسك بروتين حياتي معين والالتزام به كأن ينشغل الطفل بلعبة واحدة لفترة طويلة دون الملل منها ،كفتح الباب وغلقه .
- غالبا ما يعاني هؤلاء الأطفال من وجود حركات متكررة للجســم تكون غير طبيعية ، كهز الرأس المستمر ، أو رفرفة اليدين أو ضـرب رأسـه بالحائط .

أعراض التوحد في الطفولة المبكرة :

تشير الدراسـات عن التعرف الوالدي لعدم السواء النمائى في التوحد أن ما يقرب من ٣٠: ٥٣% قبل أن يصـــل طفلهما إلى عامه الأول ، وأن ٨٠: ٩٠%على الأقل أدركوا عدم السـواء لدى طفلهم في الشـهر الرابع والعشـرين . *(DiGiacomo&Fombonne1998)* .

ويضـع (عثمان لبيب فراج ، ١٩٩٤) ثمانية أعراض تشـخيصية للطفل التوحدي هي :

- القصور الحسي .
- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي .
- الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر .



- نوبات إيذاء الذات .
- القصور اللغوي والعجز عن التواصل .
- التفكير الإجترارى المنكب على الذات .
- قصور في السلوك التوافقي .
- الأفعال القسرية والطقوس النمطية .

أعراض التوحد لطفل بلغ سن المدرسة :

بالنسبة للطفل ذي اضطراب التوحد فإن سنوات المدرسة الابتدائية تجلب تحديات ترتبط بالتوقعات المتغيرة التي تصاحب النضج الفيزيقي والسلوك المتزايد أثناء الفترة من سن (٦-١٢) سنة ، يواجه الطفل ذو اضطراب التوحد انتقالات إلى بيئات تعلم جديدة ، ويحتك بنظائر كبار وجدد ، ويبتعد عن بيئة وروتين الأسرة هذه التغيرات تؤثر في كثير من مجالات الوظيفة ، حيث يلزم الطفل بالتكيف مع البيئات الاجتماعية المعقدة التي تطلبه ، يتعلم مهارات أكثر صعوبة ، وبالتواصل عند مستوى أعلى ، وبتجهيز معلومات أكثر هذه الخبرات –الطبيعية والشائعة لدى أطفال المدرسة – تمثل تحدياً خاصاً للأطفال ذوي اضطراب التوحد ، الذين لديهم تأخرات نمائية في مجالات متعددة ، وأيضاً صعوبة في التكيف مع المتغيرات في بيئتهم .

ومع ذلك فإن معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد – في الوقت نفسه – يحققوا تقدماً أثناء سنوات المدرسة ، ويكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون مواجهة الناس ، والأماكن والأحداث الجديدة . المسار النمائى الذي يتبعه الطفل أثناء هذه الفترة يصعب التنبؤ به فهو المنتج المعقد للعملية الديناميكية التي تربط النضج العصبي بالتأثيرات البيئية والتعلم ، نشاط التعليم الذاتي للطفل نفسه *(Ciccetti&Tvcker,1994)* .

التوحد لدى المراهقين والكبار :

هناك اتفاق بين البحوث والتراث الإكلينيكي يتمثل في أن التوحد حالة عجز مستمرة طوال الحياة تقريباً ، ومع ذلك فإن هناك كثير من الباحثين الذين أشاروا إلى أن عدداً قليلاً من الأفراد الذين شخصوا على أن لديهم توحد في مرحلة الطفولة لم يلاقوا معايير التوحد في السنوات اللاحقة

DeMyeretal,1973.Lovaas,2000,Nordin&Gillberg,1998,Pivenetal,1996,Rumseyetal,1985,Rutter,1970,Seltzeretal,2003, Szaymari ey al 1989,Knorring&Haeggloef,1993 .

على الرغم من أنـه في بعض الحـالات تبقى بعض خصــــائص فرط الحساسية الاجتماعية ، والسلوكية ، والتواصل .

وفيما يتعلق بالتحسـن ، فقد أعلنت بعض الدراسـات المتابعة تحسـن عام مع العمر ، فقد أشار كانر ورفاقه *(Kanner et al 1972)* إلى حدوث تغير ملحوظ في منتصـف مرحلة المراهقة للمجموعات الفرعية من المرضــى كما أعلن كوباياشى ورفاقه *(Kobayashi et al 1992)*

عن تحسـن ملحوظ لدى ٤٣% من ألعينة التي بلغت ٢٠١ أُسـرة يابانية بين العاشــرة والخامســة عشــر من العمر في حين وجد بالإبان جيل ورفاقه *(Ballaban-Gil et al,1996)* تحسناً فلى السلوك لدى ٩% إلى ١٨% من العينـة غير المتجـانســـة بنـاء على الســلوك كمـا أعلن ايفز وهو *(Evas&Ho,1996)* عن تحســن معرفي أو سـلوكي لدى ٣٧% من عينته التي بلغ قوامها ٧٦ طفلاً تم متابعتهم لمدة أربعة ســنوات إلى أن وصـــلوا لمرحلة المراهقة المبكرة .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة *Dsm-Iv (١٩٩٤)* إلى أن أعراض التوحد تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر وتتمثل هذه الأعراض في :

أولا:- وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية : -

(١) اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال .
(٢) تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك .
(٣) اللعب الرمزي أو الوظيفي .

ثانيا:-الاضطرابات النوعية في التواصل ، كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل مما يلي : -

(١) تأخر أو غياب كلى للغة المنطوقة .
(٢) استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولى .
(٣) بـالنســـبـة لأطفال التوحد ذوي بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها .

ثالثا : - الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي ، كما هي ظاهرة على الأقل في اثنين مما يلي : -

(١) اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

(٢) قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن .

(٣) العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين مثل العجز في الإحضار والإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين .

(٤) العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية .

رابعا : - أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بواحدةً على الأقل مما يلي : -

(١) حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس .

(٢) الانشغال بالأنشطة أو العاب محددة والتقيد الإستحوازى بالأنشطة الروتينية والطقوسية .

(٣) الانشغال بأجزاء من الأشياء(مثل يد لعبة بدلاً من اللعبة) واستعمال غير اعتيادي غير مألوف للأشياء .

ويضع عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) ثمانية أعراض تشخيصية للطفل التوحدي هي :-

(١) القصور الحسي .
(٢) العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي .
(٣) الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر .
(٤) نوبات إيذاء الذات .
(٥) القصور اللغوي والعجز عن التواصل .
(٦) التفكير الإجترارى المنكب على الذات .
(٧) قصور في السلوك التوافقي .
(٨) الأفعال القسرية والطقوس النمطية .

ويرى عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) أن هناك أعراض رئيسية للتوحد هي :-

(١) المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .
(٢) الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .
(٣) وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .
(٤) سلوك حركي غير عادى ومقاومة للتغيير في البيئة .
(٥) تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .
(٦) افتقار السلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

(٥) تشخيص التوحد : -

لقد واجهت مشكلة تشخيص الأطفال التوحديون وحتى مشكلة الاتفاق على مصطلحات موحدة لوصفهم العديد من الأطباء النفسيين ، ونفس المشكلة قد واجهت كل من أخصائي الأعصاب وأخصائي أمراض اللغة حيث تم تشخيص الأطفال التوحديون في بادئ الأمر على أنهم يعانون من الحبسة الكلامية أو أنهم يعانون من اضطراب في اللغة ، فقد اتفق الكثير واختلف الكثيرون حول تشخيص هذا الاضطراب *(Bernstein,& Tigerman,1993,433)*

تعد عملية تشخيص حالات التوحد من أصعب عمليات التشخيص وذلك لتباين الأعراض من حالة إلى أخرى . ولقد شخصت العديد من الحالات على أنها حالات توحد وكانت في الحقيقة حالات تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة . ويمكن أن نفرق بين التوحد والفصام عن طريق أن الفصام يظهر بين عمر ١٥، ٣٠ سنة . بينما يوجد التوحد ويظهر قبل عمر ٢: ٣ سنة والفصام يصيب الإناث والذكور على السواء ولكن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤: ١) ، وتظهر في الفصام أعراض الهلوسة ولكن لا تظهر في التوحد ومريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى وغياب القدرة على التعبير عن النفس ولكن تظهر لدى التوحدى.

ويشير أحمد عكاشة (٢٠٠٣: ٧٥٣-٧٥٤) أنه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين ، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وكذلك الاختلالات الكيفية

في التواصل ، مثل عدم الاستخدام لأية نشاطات ، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم إلى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية.

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٢: ب: ٤٧) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *Dsm -1v* الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* والتصنيف الدولي العاشر للأمراض *ICD – 10* الصادر عن منظمة الصحة العالمية *(١٩٩٢) WHO* يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي : -

(١) البداية : - تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي . واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي .

(٢) التفاعلات الاجتماعية : - يوجد لدى الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي . وإقامة علاقات مع الأقران ، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات ، وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

(٣) اللغة والتواصل : - يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلى في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة ، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

(٤) الأنشطة والاهتمامات : - توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادى ، والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية الأداء والانشغال بأجزاء من الأشياء .

وتشير كريمان بدير (٢٠٠٤: ١٦٧-١٦٨) إلى أن تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي ، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض

الأشخاص ومقارنتها لتكون محكاً لتشخيص التوحد .

صعوبات تشخيص التوحد : -

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى ويتفق كل من محمد حسيب الدفراوى(١٩٩٣) وعثمان لبيب فراج(١٩٩٤)(١٩٩٥) ، وهوبسون *Hobson* (١٩٩٨) ، وعمر بن الخطاب (١٩٩١) في تحديد أوجه التشابه التي من أهمها :-

- التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفصام واضطرابات التواصل والصمم والصرع .
- انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الأطفال .
- يوجد تباين واضح في أعراض الأوتيزم من طفل لآخر وأحياناً لدى نفس الطفل ويؤدى الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيله ورعايته .
- عدم توافر أدوات التشخيص والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم وبناء مقاييس تشخيصية لهذه البيئة .
- يوجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل التوحدي .(آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٢: ٣٢) .

وتشير (آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٣) إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوي اضطرابات التواصل التوحدي من حيث يبدأ الأطفال في البيئة الأولى بتواصل الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارة بديلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدى الأطفال التوحديين منها أو استعمالهم لهذه الأدوات للتواصل ، ويمكن تمييز الأطفال التوحديين عن المعاقين عقلياً فيما يلي :-

- يتعلق الأطفال المعاقين عقلياً بالآخرين ولديهم وعى اجتماعي وهذا غير موجود لدى الأطفال التوحديين ، وتوجد لغة تواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وربما لا توجد إطلاقاً لدى الأطفال التوحديين أو توجد مع عيوبها مثل تكرار مقاطع عديمة المعنى أو التكرار لبعض الكلمات الغير مترابطة أو عدم وجود اللغة المنطوقة وغير المفهومة ، والعيوب الجسدية لدى الأطفال التوحديين أقل منها لدى الأطفال المتخلفين عقلياً .
ويوجد لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية متكررة ومعروفة لدى الطفل والمحيطين به أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فهي غير اجتماعية.
- ويشير عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) إلى صعوبة التشخيص الحقيقي لهذه

الفئة لتشابهها مع كل من ذوي التخلف العقلي وصعوبات التعلم والفصام الطفلي والاكتئاب ولذا يجب الاهتمام بالأعراض الفارقة وتراعى كالتالي :-

- ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من إعاقة التوحد فقد يظهر بعضها في حالة وتتناهي في حالة أخرى .
- يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يظهر عنده العرض .

ومن أهم الصعوبات التي يواجهها المتعاملين مع هذه الفئة هي التشخيص . فتشخيص اضطراب التوحد عملية معقدة ومركبة وذلك لصعوبة تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن غيرهم من أطفال ذوي اضطرابات أخرى مثل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطرابات اللغة والأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، ويرجع ذلك إلى تداخل الأعراض (سهي أحمد أمين ،٢٠٠١) .

التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به حوالي ٢٠ طفل من كل (١٠٠٠٠، ١٠) تقريبا، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل المخ ويعترض التوحد النمو الطبيعي للمخ وذلك في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين ، ويكون لدى المصابين عادة قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وأنشطة اللعب أو أوقات الفراغ ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصل مع الآخرين على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول كأعضاء مستقلين في المجتمع .

وكثيرًا من الأطفال ذو التوحد ما تم تشخيصهم على أنهم ذو إعاقة سمعية أو إعاقات أخرى ، مما أضاع عليهم سنوات من التدريب الصحيح . وقد يرجع ذلك إلى مشكلات الإدراك الحسي الذي قد يعانى منه الكثيرون من الأطفال ذو التوحد (محمود على محمد ، ٢٠٠٤)

ويشير (إبراهيم محمود بدر، ٢٠٠٤، ٤٧) إلى أنه بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لإرتباطة باضطرابات نمائيةأُخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة.

وتشـــير (*National Research Council,2001: 23*) إلى اتفاق الباحثون على أن إعاقة التوحد لها عوامل متعددة تجعل من تشخيصـها عملية معقدة ، فعادة ما يكون تشخيص التوحد وسلسلة الاضطرابات المرتبطة به في الأطفـال الصـــغـار ذا طبيعـة متحـديـة ، حيـث ترتبط التعقيـدات في التقييم والتشـــخيص بمدى التعبير عن الأعراض في هذه الحـالات على مدى أبعـاد مختلفة مثل القدرات اللغوية والإعاقة الذهنية المرتبطة بها .

ويشـــير عبد الرحمن سـليمان (٢٠٠١، ٣٦)، عثمان فراج (٢٠٠٢، ٦٨ – ٦٩) إلى أن صـــعوبـة تشـــخيص إعـاقـة التوحـد لا يزال من أكبر المشـــكلات التي تواجـه الباحثين ، والعاملين في مجال مشـــكلات الطفولـة ، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصــــائيين النفســـيين والاجتماعيين ، وأخصائي التخاطب والتحليلات الطبية وغيرهم .

وترى هدى أمين (١٩٩٩: ١٦) أن ما يزيد من صـــعوبة تشـــخيص اضطراب التوحد هو عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصـة في البيئة المصـرية . وتضيف أيضاً قلة خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول .

ويشير (رشـاد موسـى ،٢٠٠٢، ٤٠٢) إلى أنه من صـعوبات تشخيص اضـــطراب التوحد هو عدم الوصـــول إلى تحديد دقيق للعوامل المســـببة لهذا الاضطراب.

وترى (نـاديـة إبراهيم ،١٩٩٧، ٣٨) أن من صـــعوبـات تشـــخيص اضـطراب التوحد هو تشـابه أعراض التوحد واشـتراكها مع أعراض إعاقات وأمراض أُخرى مثل الفصام الطفولى ، والتخلف العقلي ، ومشكلات نمو اللغة وضعف السمع واضطراب اللوازم والحركات الآلية .

وتشـــير كريمـان بـدير (٢٠٠٤: ١٦٧ ١٦٨) إلى أنـه ممـا يزيـد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن كثير من سلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أُخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة ، يمكن أن يضم هذا الفريق :

- طبيب أعصاب .
- طبيب نفسي .
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- أخصائي نفسي .
- أخصائي علاج للغة وأمراض نطق .

- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي . كما يمكن أن يشمل الفريق المتخصصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

الطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد : -

من أجل الوصول إلى تشخيص سليم ودقيق لاضطراب التوحد فإنه لابد أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو ، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضاً أعراض لاضطرابات أخرى فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى ، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعباً ومعقداً لاسيما بالنسبة للأخصائي قليل الخبرة والتدريب ، ومن أجل التوصل إلى تشخيص أكثر دقة ينبغي أن يتم تقييم الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات ، يضم مختصاً في الأعصاب وأحياناً نفسياً ، وطبيب أطفال وأخصائي في علاج النطق ، وأخصائي تربية خاصة ، وغيرهم من المختصين ذوي العلاقة بإعاقة التوحد . مع أهمية التأكيد على أن المراقبة السريعة خلال لقاء أو موقف واحد لن توفر صورة حقيقية لقدرات الطفل وأنماط سلوكه ، فمن النظرة الأولى يبدو الطفل المصاب بالتوحد وكأنه يعانى من تخلف عقلي أو صعوبة في التعليم أو إعاقة سمعية ، إلاَّ أنه من الأهمية يمكن التمييز بين التوحد وحالات الإعاقات الأخرى ، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج التعليمي والعلاجي الأكثر ملائمة للحالة . ومع كثرة الأعراض التي يمكن أن يظهر عليها التوحد تجعل الصورة الإكلينيكية على مستوى الحالات الفردية متباينة وكأننا أمام أنواع من التوحد مما يتيح المجال لأخطاء في التشخيص ، ومما يزيد أخطاء التشخيص تعدد الفئات المرضية الداخلة ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرى وينج أن مصطلح التوحد هو التعبير الأنسب بديلاً عن الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعتبر فئاتها المتعددة درجات على هذا المتصل ، وبالتالي فهي ترى أن متلازمة سبيرجير هي الدرجة البسيطة من التوحد ، وأعاد بعض الباحثين تشخيص الحالات التي عرضها سبيرجير ووجدوا أن أربعة منها ينطبق عليها تشخيص التوحد وفقا لمحكات الطبعة الرابعة من الدليل الأمريكي ، كما أُدرج التوحد غير النمطي ضمن فئة الاضطراب الشامل للنمو غير المحدد كما أُضيف مصطلح الاضطراب الدلالي- العملي كفئة تشخيصية مستقلة ، ومحكات التشخيص لهذه الفئة تتشابه من خصائص

متلازمة سبيرجير والدرجات البسيطة من التوحد ، ولذلك اقترحت "بيثوب" أن التوحد ومتلازمة سبيرجير والدلالي العملي يقعون على محورين ويمكن اعتبارهم مجالات مختلفة ولكن متداخلة ومما يزيد من صعوبة التشخيص أن هناك بعض الباحثين يرون أن متلازمة سبيرجير هي الشكل الحاد لاضطراب الشخصية شبه الفصامية (محمد عبد الرازق هويدى ٢٠٠٠: ٨٥ – ١١٨) .

ومن الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد ما يلي :

(١) المقابلة الشخصية المتضمنة لأسئلة تتناول الخصائص الشخصية للفرد ومقابلة أخرى للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي وإعاقات اللغة .

(٢) بعض المقاييس السلوكية والمقاييس التي تستخدم للعب قد أثبتت كفاءة كبيرة في التفريق بين الأوتيزم وفئات التخلف العقلي ومن هذه المقاييس:
 أ- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي .
 ب- مقياس الشخصية للأطفال .

(٣) مقياس لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى التوحد من خلال قياسي النشاط الحركي والاجتماعي والوجداني واللغة والاستجابات الحسية .

(٤) جدارة الملاحظة التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد .

(٥) استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي وتتضمن المجالات الآتية :

- تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل .
- تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار .
- تقييم الاحتجاجات التعليمية في المجال اللغوي .
- تقييم القدرة على الاتصال .
- تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات (عثمان فراج،١٩٩٦ إلهامي عبد العزيز إمام ١٩٩٩) .

ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (*Childhood autism ratingscale (Cars)*) الذي وضعه سكديلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمسة عشر مقياساً هما كالتالي : -

- العلاقة مع الآخرين
- التقليد .
- استعمال الجسم .
- استعمال الأشياء.
- التكيف مع التغيرات.
- الاستجابة البصرية .
- الاستجابة السمعية .
- استجابات الطعم والشم ، والتذوق واستعمالها .
- الخوف والعصبية .
- الاستجابة الانفعالية .
- التواصل اللفظي .
- التواصل غير اللفظي .
- مستوى النشاط والفاعلية .
- ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .
- الانطباعات العامة .

ولكل بند من البنود أربع درجات من(١- ٩) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين ١٥- ٦٠ .

ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية :-

- إذا كانت درجة المفحوصين أقل من ٣٠ يعتبر غير مصاب بالتوحد .
- إذا كانت درجة المفحوصين بين ٣٠ – ٣٦ يعاني من درجة متوسطة من التوحد.
- إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن ٣٦ يعانى من توحد شديد .

وقد أُجريت العديد من الدراسات التي بحثت حول استعمال هذا المقياس في تشخيص التوحد قبل سن العاشرة ومدة أخرى ، بعد الثالثة عشر من العمر فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الأطفال التوحديين *(Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (Teacch))*

والذين يعانون من إعاقات في التواصل ذات الصلة بالتوحد قد أظهر لأكثر المفحوصين انخفاضاً في درجاتهم على المقياس مع مرور الوقت مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديداً وتعرفاً في مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

وتوجد عدة طرق تستخدم في تشخيص الاضطراب التوحدي منها : -

(١) المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد . *Verised autistic diagnostic intervies* آلة وضعها لوك وروتر عام ١٩٩٩ هي مقابلة شبه منظمة تعتمد على استنصاءات تتم مع أطفال يعانون من التوحد ... تستغرق عدة ساعات لكمالها وتفيد نتائج المقابلة في معرفة ما إذا كانت تنطبق على الحالة التي تتضمنها التشخيص بالتوحد كما هي موضحة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة ١٩٩٤) . ويعتبر المختصون في مجال التوحد أن مقابلة تشخيص التوحد المراجعة أو المعدلة وسيلة تشخيصية دقيقة إلى حد كبير ويتم التقييم أولاً بزيارة منزلية من قبل المختص الذي يجرى المقابلة مع والدي الطفل ، وتعد الزيارة مفيدة لما توفر من فرصة لمراقبة الطفل في بيته ويمكن كذلك تطبيق هذه المقابلة في العيادة وتستغرق ٩٠ دقيقة – إذا قام بها مختص متمرس .

(٢) قائمة سلوكيات التوحد *Autism beharvior checklist (ABC)* وتقيس هذه القائمة الاستجابات الحسية وفهم لغة الجسد والمهارات اللغوية ومهارات خدمة الذات والمهارات الاجتماعية وتشتمل القائمة على (٥٧) عبارة ، تبدأ الإجابة عليهم من خلال مقابلة منظمة مع الوالدين أو المربين وبالرغم من أن هذه القائمة أقل ثباتاً من مقياس تقدير التوحد الطفولي أو مقابلة تشخيص التوحد إلاَّ أنها مفيدة في التمييز بين التخلف العقلي والتوحد عند ذوي الأداء المنخفض وبالتالي فإن هذه القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية . *(Lord & Paul 1998)*

(٣) جداول المراقبة التشخيصية للتوحد *The autism dighostic Observations schedule (ADOS)* وتعتبر هذه الجداول بروتوكولاً موحداً لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من سن ٣٠ شهر فما فوق ممن يستطيعون الكلام والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ، ويعتبر وسيلة إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك الاجتماعي والتحدث والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج وفهم اللغة غير الحرفية (الضمنية) .

(٤) جدول المراقبة التشـــخيصـــية للتوحد ما قبل تطور اللغة . *Pre linguistic autism diagnostic observation schedule (pl-ADOS)* وهو مقياس شـــبه منظم لتشـــخيص حالات الأطفال الذين لم يســتخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصـــابتهم بالتوحد ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد والديه ، وهو يعطى المختص فرصة مراقبة بعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل الانتباه والتقليد ومشـــاركة المختص والوالدين في مشـــاعرهم ، وقد تم مؤخراً دمج كل من جداول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة وجدول المراقية التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه جدول المراقبة العام لتشـــخيص التوحد *The autism bighosyic observation schedalale generic (ADOSG)* ويستغرق إجراؤه من (٣٠: ٤٥) دقيقة ويتطلب تدريباً خاصـــاً كما هو الحال في المقابلة الشـــخصـــية للتوحد (*ADI*) ويقر العلماء والباحثون أن هذا الاختبار له درجة عالية من المصداقية وثبات النتائج (وفاء على الشامي، ٢٠٠٤، ٣١٨).

(٥) قائمة التوحد للأطفال دون ســـنتين *Checklist for autism in toddlers: (CHAT)* وهذه القائمة صـــممت لملاحظة الســـلوكيات الإنذارية المبكرة للإصـــابة بالتوحد ابتداء من عمر ١٨ شــهراً وتســاعد هذه القائمة في مســح (وليس تشــخيص) حالات التوحد قبل أشـــهر أو أســـابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشـخيصـي والإحصـائي الرابع إلاَّ أن واضـعوا هذا الاختبار يؤكدون على عدم اســـتخدامه كوســـيلة لتشـــخيص التوحد ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكراً بالحاجة إلى تحويل الطفل إلى اختصاصي متمرس .

(٦) قائمة الملاحظة التشـــخيصـــية للتوحد . هذه القائمة يمكن أن تســـاعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات علما أنه لا يوجد بند من بنودها يمكن أن يكون جوهرياً بمفرده ، وفي حالة اختبار طفلاً ما أظهر ٧ أو أكثر من هذه السـمات فإن تشـخيص التوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة وبنود هذه القائمة هي : -

- الصعوبة في الاختلاف والتفاعل مع الآخرين .
- يتصرف الطفل كأنه أصم .
- يقاوم تغيير الروتين .
- ضحك وقهقه غير مناسبة .

- لا يبدي خوفاً من المخاطر .
- يشير بالإماءات .
- لا يحب العناق .
- فارط الحركة .
- انعدام التواصل البصري .
- تدوير الأجسام واللعب بها .
- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
- يطيل الغناء في اللعب الانفرادي .
- أسلوب متحفظ وفاتر للمشاعر.

(Olivers, 1995, ,902-928)،(محمد شوقي ، ٢٠٠٣) .

الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة :-

(١) التخلف العقلي :-

غالباً ما نجد أن الأطفال من ذوي التخلف العقلي إجتماعيين ولا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد المتمثلة في العجز في تكوين العلاقات مع الآخرين ، بينما نجد أن الأطفال من ذوي التوحد بخلاف ذلك يفشلون في تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين ويميلون إلى معاملة الآخرين كأهداف أو كمصادر للإشباع المرضى وعلى كل حال فإن وجود التوحد مع متلازمة داون قد يؤدى إلى تعقيد الحالة أكثر ويزيد من خطورتها ، خاصة وأن كثير من الناس يعدون حالة التوحد في عداد الحالات الميؤس منها والتي تقل معهم فرص التغيير والإستجابة للعلاج لذلك يعد التعرف على اضطراب التوحد لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون وإكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأُسرهم ، وقد لوحظ أن ٤٠% من التوحديون لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠- ٥٥) وحوالى ٣٠% يتراوح معامل ذكاؤهم بين (٥٠-٧٠)، ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالى ٢٠% من التوحديون لديهم ذكاء غير لفظى سوى . ويتميز اضطراب التوحد بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحى أساسية من النمو والسلوك هي :-

- خلل في التفاعل الإجتماعي .
- خالل في التواصل والنشاط التخيل.
- القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آلياً.

ويشير (عبد المجيد منصور وآخرون ،٢٠٠٣: ١٤٣) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقته عقلياً فيما يلى : -

١- الطفل المتخلف عقلياً ينتمى ويتعلق بالآخرين ولديه وعي إجتماعى بينما الطفل التوحدي لايوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .
٢- الطفل التوحدي له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الآداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقلياً يكون الأداء منخفضاً أومتساوياً في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .
٣- تتناسب لغة المتخلف عقلياً مع نسب ذكاؤه بينما التوحدي يمكن أن تكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية .
٤- العيوب الجسمية لدى المعوق عقلياً أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحدي .
٥- للطفل التوحدي إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقلياً بشكل كبير .
٦- للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقلياً.

ويتفق كل من عثمان فراج (٢٠٠٢) ، عبد الحميد منصور وآخرون (٢٠٠٣) عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقى والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للاعاقتين ما يلى : -

١- أن طفل التخلف العقلي يتميز بنزعة التقرب إلى الوالدين والكبار وغيرهم من الأطفال ، وهي سمة غائبة عن حالة طفل التوحد .
٢- أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبنى حصيلة لغوية ويظهر تطوراً أو تقدما في نمو اللغة بينما طفل التوحد غالبا نموه اللغوى متوقف أو محدود للغاية وحتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل .
٣- طفل التخلف العقلي لا يعانى من مشكلة رجع الصدى الذي يعاني منه طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه .

٤- طفل التخلف العقلي لا يســـتثيره التغيير في عاداته اليومية ســـواء في الملبس أو اللعب أو المأكل ولا يندفع في ثورات غضـــب(مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدي .

٥- طفل الخلف العقلي لا يعاني من قصـور في إستعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت وكذلك بالنســـبة إلى غيرها من الضمائر .

٦- طفل التخلف العقلي أســـهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه .

٧- طفل التوحد يتجنب التواصـــل البصـــرى بإلقاء العيون بين المحادثين وهي نادراً ماتحدث مع طفل التخلف العقلي .

٨- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضـحك أو بكاء يسـتمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لايحدث في طفل التخلف العقلي .

٩- طفل التوحـد ليس لـديـه القدرة على التعـامـل مع الآخرين بعكس طفـل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم .

١٠- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة في أحد المجالات أو في الفن كالرسم والموسيقى وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي .

١١ - التوحد من حيث إنتشـــاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنســـبة حدوثه ٢- ٣% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة٣% من المجتمع أو أكثر .

١٢- طفل التوحد لايفهم المظاهر أو العاطفية كما أن لديه قصـــورا وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي .

(٢) الإعاقة السمعية : -

قد يتداخل الأمر على البعض ويخلطون بين تشـــخيص الطفل التوحدي وغيره أو قد يذهبون في تصـــنيف الأطفال كتوحديون في حين قد تســـتوجب الحالة تشخيصـاً آخر اكثر ملائمة فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقليا الذي يظهر بعضـاً من أعراض التوحد قد تشخص حالته على أنه طفل توحدى وذلك إعتماداًعلى سمة أو سمتين وحيث أن مصطلح التوحد قد صـادف إهتماماً شـعبياً واسـعاً بحيث نجد أن الأخصـائيين الإكلينيكيين قد يميلون إلى إسـتخدام هذا المصطلح عند تشخيص الحالات بشكل مشروع . في حين أكد الباحثون

على أن تشـــخيص التوحد يجب أن يعتمد على تقييم موضـــوعى دقيق (طارق النمرى زيدان السرطاوى ، ٢٠٠٢: ٣) .

ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) ، محمد الخطيب (٢٠٠٥) على توضـــيح أهم الفروق بين الأطفال التوحديون والأطفال ذوي الإعاقة السمعية على النحو التالى : -

- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد .
- حالات الإعاقة الســـمعية لها القدرة على تكوين علاقات إجتماعية على عكس أطفال التوحد .
- يميل أطفال التوحد إلى الإنســـحاب الإجتماعي والإنزعاج من الروتين بشكل أساسى مقارنة بالأطفال المعاقين سمعياً .
- يمكن للطفل التوحدي تحقيق تواصل لفظى بينما لايستطيع الأصم .
- يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض .

ويشير كل من سيمونز وأُوشى *(Simons&Oishi,: 1987: P.31)* إلى أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين ســـمعياً في أن المعاقين ســـمعياً يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العينى وهو مايفتقر إليه التوحديون ، وفي حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الاوتيزم حيث يســتجيب الأطفال الأوتيزميين للأصـــوات بشـــكل متنافر ومتناقض فإن ذلك لايوجد لدى الأطفال المعاقين ســـمعياً . ويشـــير بيركى *(Berke,2003)* إلى أنه يتم إســـاءة التشـــخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهم حيث أن الطفل التوحدي قد يبدى بعض السمات التي يبديها الطفل الأصم إذ نجده أحيانا وكأنه لا يسمع ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات . ويرى (رشاد موسى ،٢٠٠٢، ٣٩٠) أن تشـــخيص التوحد بين الأطفال تاريخياً إقتصـــر على الأحكام التي يصـــدرها الإكلينيكيون ، حيث قام عليها في أغلب الأحيان أخصـــائيو الطب النفســـي والأخصـــائيون النفســـيون ممن لديهم الخبرة من واقع عملهم مع هذا المجتمع وتعتبر أكثر الإجراءات المناســـبة في الوقت الحاضـــر للتعرف على أفراد التوحد هي قوائم ومقاييس التقدير ، وتمتاز هذه الإجراءات بعدد من الميزات

حيث تسمح بمشارة أكبر من الوالدين والمعلمين والعاملين الأخرين ممن لديهم أثر غير مباشــر على عملية التشــخيص ، على عكس إجراءات التشــخيص الكلينيكية ، وتتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للإستخدام وبمعايير ودرجات كمية ، وهكذا يمكن تقيمها سـيكومترياً ، ويمثل تشــخيص التوحد لدى الأطفال تحدياً خاصاً للأخصاايين النفسيين والمهنيين الآخرين ممن يتعاملون مع اضطرابات الطفولة إذ تظهر صعوبة ذلك في التعرف والتصنيف الدقيق للتوحد لأن أعراضـــه تظهر بدرجات متفاوتة ، وغالبا ماتتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى .

(٣) الفصام : -

يشـــير (محمود حموده،١٩٩١، ١٠٥) إلى أن العلاقة بين الفصـــام والتوحد في أن الإصـابة بالفصـام نادراً ماتحدث في الطفولة بينما المصـابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل العزلة الاجتماعية ، والإنســحاب ، والســلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال .

ولذلك فإن برونو *(Bruno,1993: 29)* ،فريث *(Frith,2003: 68- 69)* يشيران إلى ضرورة التمييز بين الأوتيزم والفصام في وقت مبكر ، حيث كان يعتقد أنهما متماثلان إلا أن الفصـــام في الطفولة يحدث بعد فترة من النمو الطبيعى كما أنه يوجد لهم ضــلالات وهلاوس ، أما الطفل التوحدي فلا يعانى من ذلك .

ويشـــير عبد الرحمن ســليمان *(٢٠٠١: ١٢٦)* إلى أن هناك فروقاً بين الاضطرابين تتمثل في :-

- أن الطفل التوحدي غير قادر على إستخدام الرموز بالمقارنة بالفصامى.
- ضعف النمو الإجتماعي عامة لدى الطفل التوحدي أكثر من الفصامى.
- يبدأ ظهور التوحد قبل سـن عامين ونصـف بينما الفصــام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .
- عدم وجود هلاوس وهذايـانـات لـدى الأطفـال التوحـديون بينمـا يكثر وجودها لدى الفصاميين .
- ضعف النمو اللغوى عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين.
- ضـــعف النمو الإنفعـالي عـامـة لـدى الأطفـال التوحـديون أكثر من الفصاميين .
- وقد خصــص *(Rimland)* الفرق بين كلا من فصـــام الطفولة والتوحد

كما هو في الجدول الآتي:-

جدول يوضح الفروق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور العرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى ١١ سنة بعد فترة نمو الطبيعة	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهرًا
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين وانسحاب، وفقدان التواصل وعلاقات معاقة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة ،إصرار على التماثل، البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير، تشوه في التوجيه المكاني والزماني ومتوسط متدني في الذكاء مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية ،ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية،الانفعالات غير المناسبة ، ومتدنية	عدم الاستجابة انفعاليا مع الآخرين،ويمكن أن يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل التقليد،الابتسامة،الضحك السرور،من خلال تعبيرات الوجه
اللغة	اضطراب في الكلام ،بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل	اضطراب في الكلام، بكم في الكلام غير المستعمل

التوحد	فصام الطفولة	المظاهر الإكلينيكية
في التواصل،حرفية مصاداة،عكس الضمائر		
تمايل الجسم والرأس انشغال بالأشياء الميكانيكية،حركات نمطية	حركات جسمية غريبة حركات نمطية وتكرارية تشوه في الحركة أو التنقل	الحركة
عادات تناول طعام شاذة،تفضيل أطعمة معينة،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعية،مستوى ذكائي وتربوي ومهني وانفعالي أفضل.	نمو جسمي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية التخطيط الكهربائي للدماغ EEG شاذ .	الأنماط الحركية والجسمية

(Rimland,1994: 543)

(٤) اضطرابات التواصل : -

أوضحت دراسة سميث *(Smith,1995)* بعض الفروق بين الأوتيزم واضطرابات التواصل على النحو التالي : -

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدي بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .
- يُظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام .
- كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل الاضطراب تواصلياً .

وتميز آمال باظة (٢٠٠١، ٧٦) بين أطفال التوحد وذوي اضطراب التواصل حيث يبدى أطفال التواصل تواصلاً بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة .

ويشير (عبد الرحمن سليمان،سميرة محمد سند،إيمان فوزي سعيد : ٢٠٠٤: ٨٠) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل كما يلي : -

- يظهر التوحديون وذو اضطرابات النطق والتواصل إعادة الكلام وترديده غير أن التوحديون يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.
- يظهر ألطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما ذو اضطراب التواصل يمكنه تحقيق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك تعويضاً عن مشكلة الكلام .
- يعجز الأطفال التوحديون عن استخدام اللغة كأداة للتواصل ، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

ويشير علاء كفاني(٢٠٠١: ١٤) إلى أن اضطراب اللغة سواءً كان في اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلطة فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ، ولكنه يكون مصحوباً بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب التوحدي . ويرى (عبد الرحمن سيد سليمان: ٢٠٠٠: ٧٨) أن الدراسات أشارت إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديون كما أشارت نتائج الدراسات في هذين الاضطرابيين وكذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام وترديده غير أن الأطفال التوحديين مميزين بترديدهم للكلام (المعاداة) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر وفي حين يخفق الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال الاضطرابيين لغوياً أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم (أو القابلية للتعلم) والقدرة على التعامل مع الرموز على إنها قدرات فارقة ومميزة بين الأطفال التوحديين والأطفال المضطربين لغويا.

.

(٥) الاضطرابات النمائية الأخرى : -

١-اضطراب ريت *Reets Disorter* : -

يشير عثمان فراج(٢٠٠٣: ١١٩-١٣١) إلى متلازمة ريت بأنها إحدى اضطرابات النمو الشاملة *disorder,pevelopmetal* بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام ...الخ) وكثيراً ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببه من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقة الفرد عنفا وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل ١٠،٠٠٠ حالة ولادة حية .

٢-ويشير (عثمان فراج) إلى أهم أوجه الاختلاف بين الريت والتوحد موضحة بالجدول التالي: -

جدول يوضح التشخيص الفارق بين التوحد والريت

مسلسل	الريت ret	التوحد *autisme*
١	يبدى المصاب تدهورا واضحا تدريجيا في النمو مع تقدم العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرًا)
٢	اضطراب وعشوائية ونمطية حركية اليد (عرض مميز)	غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة
٣	غياب التوازن – ترنح في المشي – غياب التناسق الحركي	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
٤	فقدان تام للوظائف اللغوية	قد يوجد في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
٥	اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
٦	التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر ٦- ١٢ شهراً على المحور اللغوي	ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور

مسلسل	الريت ret	التوحد *autisme*
٧	نوبات الصرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة ومتكررة ويصاحبها إفرازات فمية	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة

(عثمان فراج : ٢٠٠٠- ١٢)

ويتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: ٢١٦) ، سـهي أمين (٢٠٠٢: ٣٦) على أن زملة رين هي اضـطراب يصـيب الإناث فقط ، ويظهر في صـورة سـلوك يشـبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشـاكل في تناغم العضـلات ومشـكلات في حركات أو اسـتخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة ويبدأ ذلك في السن من ١- ٤ سنوات .

٢ - اضطراب اسبيرجر *Aspergers syadrome :* -

هذا الاضـطراب اكتشـفه هانز اسـبيجير *Aspergers* عام ١٩٤٤ واعتبره أحد اضـطرابات الشـخصـية وكان يتشـابه في أعراضـه مع بعض أعراض التوحد ، حيث أن اكتشـافات اسبيرجير ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال ذوي التوحد وقد أطلق اسـبيجير على الاضطراب الذي اكتشفه المرض النفسي الأوتيستى *Autistic pcychopath* واعتبره حالة مخففة من التوحد

وقد يأتي تشـخيص متلازمة اسـبيرجير في مرحلة متأخرة عن التوحد أي في الطفولـة المتـأخرة والمراهقة وهذا لا يعني أن الحالة أخف ويمكن أن تغفل في مرحلـة مبكرة من النمو ومع ذلـك فـإن تـأثيرات الحـالـة ليسـت بالضـرورة أن تكون بسـيطة بل أنها تصـبح أكثر ملاحظة مع زيادة السـن *(Frit,2003: 11)*.

ويقول عـادل عبـد الله (٢٠٠٥ : ٢٣٢) أن البعض يطلق على هـذا الاضـطراب اضطراب التوحد ذو المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي ويتسم بوجود خلـل في التفـاعلات الاجتمـاعيـة ووجود أنشـطـة واهتمـامـات مقيدة ومحـددة جداً مع عدم وجود تـأخر عـام دال من النـاحيـة الإكلينيكيـة في اللغـة وتتراوح نسـبـة ذكاء الفرد في هذا الاضـطراب بين المتوسـط إلى المرتفع وربما المرتفع جداً ، حيث من الملاحظ أن هذه الفئة تضم أطفالاً موهوبين .

ويرى شـــيورمـان وويبر *(Scheuerman&Webber,2002,11)* أن الطلاب ذو المســتوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضــطراب اســبيرجير قد يحصلون على متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء وقد يكون لديهم مهارات شــفوية إلى حد كبير وبالرغم من ذلك فإنهم قد يتواصــلون بشــكل ضعيف ، لديهم عدد ضئيل من الأصدقاء يصابون بالغضب والضيق إذا ما تم خرق النظم المعتادة ، ولديهم مهارات حركية ســيئة بما فيها الكتابة ، وقد يظهرون سلوكيات نمطية .

٣- اضطراب الطفولة التفككي : -*Childhood Disintegrative Disorder*

يتميز بـالنمو الطبيعي في أول عـامين من حيـاة الطفل ثم يحـدث فقدان في المهارات الســابق اكتســابها في التعبير والفهم اللغوي والتكيفية في التحكم في التبول والتبرز واللعب والمهارات الحركية .(عمر بن الخطـاب،٢٠٠١، ٢٠).

ويشــير حســن عبد العاطي (٢٠٠٣: ٥٧٩) إلى أن اضــطراب عدم التكامل في الطفولة يتميز عن التوحد بفقدان النمو الســابق اكتســابه قبل بداية عدم تكامل الطفولة ، حيث تكون اللغة قد تقدمت إلى مســتوى تكوين الجمل وهذا يختلف عن التوحد الذي تزيد اللغة فيه عن كلمات مفردة أو عبارات قبل تشخيص اضطرابه وإن الأطفال المصابين بعدم التكامل من المحتمل ألاَّ تكون لديهم قدرات لغوية.

٤- التوحد والاضطراب النمائى غير المحدد في مكان آخر

Pervasive Developmental Disorder- Not otherwise. Specified

يشــير خالد عبد الله(٢٠٠٤: ٢٠٢)إلى أن هذا الاضــطراب يشــار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي ، ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصــة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في عدد من السلوكيات المحددة

ويرى هارتمان ولآخرون *(Hartman et al,2006,320)* أنه طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي *DSM-Iv-TR)* ٢٠٠٢) فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الطفل عندما يعاني من إعاقة شديدة وشاملة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي والمرتبطة بالإعاقة في كل من مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ، مع وجود السلوك النمطي والأنشطة والاهتمامات النمطية دون

التوصل إلى المحك الخاص بإحدى الاضطرابات النمائية الشائعة أو اضطراب الشخصية التجنبى .

(٦) أشكال التوحد : -

في الغالب يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص الذي يتم تشخيصه ، ولذلك فإن هناك أعراض كثيرة للتوحد ، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر فقد تظهر عند طفل بينما لا تظهر عند طفل آخر . بالرغم من أنه قد تم تشخيصهما على أنهما مصابان بالتوحد . كذلك فقد تختلف حدة التوحد من شخص أخر .

وعادة ما يستخدم المتخصصون مرجعا يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع *DSM-IV Diagnostic and Atatistical Manual* الذي يصدره إتحاد علماء النفس الأمريكيين . وذلك للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد ، حيث يتم يشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد من خلال هذا الدليل بالعناوين الآتية :-

- اضطرابات النمو الدائمة .
- التوحد .
- اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر .
- متلازمة اسبيرجر *Aspergers syndrome*.
- متلازمة ريت *Retts syndrome* .
- اضطراب الطفولة التراجعي .

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض وليس كل علامات التوحد فمثلا يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد " حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في الموسوعة الإحصائية التشخيصية *DSM-IV* بينما يتم مثلا تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر ، حينما يظهر الشخص أعراضا يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد" على الرغم من أن الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد . بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتى اسبيرجر وريت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد ، لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات بطريقة تختلف عن الآخر .

(٧) خصائص الأطفال التوحديون *Characteristics of Astism* .

تشـير آمال باظة (٢٠٠٣) إلى بعض الأعراض والخصـائص الفارقة للأوتيزم تبعاً للدليل الرابع*(DSM-IV) (١٩٩٤)* ، والذي ورد ضـــمن الاضــطرابات النمائية المنتشــرة وغير المحددة وليس ضـمن الاضــطرابات الانفعالية والوجدانية :-

- ضعف في التواصل بالآخرين .
- قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .
- عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .
- قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .
- ظهور الأعراض في عمر (٣٠) شـــهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .
- عجز في التواصـــل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الإشـــارات والأوامر اللفظية .
- قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .
- تكرار المقاطع والكلمات .
- الخوف والفزع ومقـاومـة التغيير والإصـــرار على التكرار النمطي والروتيني .

(١) الخصائص المعرفية :-

١- الإدراك:-

تشـــير دراســـة مارجورى (١٩٩٤) إلى أن الأطفال التوحديون لديهم مشـــكلات في الاســـتمرار في الأداء المعرفي كالتذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشـكلات بصـرية ومشـكلات في اسـتخدام الرموز وحل المشكلات(سهي أحمد أمين: ٢٠٠٢: ٤٠-٤١)

ويشــبر شــاكر قنديل (٢٠٠٠) عن دراســة لفيرارى (١٩٨٣) قام فيها بملاحظة أطفال التوحد في ســلوكهم لأعمار تتراوح مابين ٣ : ١٠ ســنوات حيث قام بملاحظة ردود أفعالهم تجاه رؤيتهم لأنفســـهم في المرآة وذلك بعد وضـع لون أحمر على الأنف وبعد ذلك لاحظ أن الطفل قام بوضـع يديه على أنفه لإدراكه بانعكاس صـــورته في المرآة ، وقد لوحظ هذا على الأطفال العاديين في سن ٢١ شهراً أنهم كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ، ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدي قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسـه مثل العاديين ، وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدراكه لنفســه . (شــاكر قنديل ،٢٠٠٠ : ٧٤) .

٢- الانتباه:-

يشـــير محمد أحمد خطـاب (٢٠٠٥: ٣١ : ٣٢) إلى أن الأطفـال التوحديون يظهرون انتقائيـة الانتباه وذلك من خلال الأحداث البيئية المحيطة بهم ، حيث أنهم يسـتجيبون بخبراتهم الحسـية بطريقة غريبة ، فهم في بعض الوقت يبدون كأنهم ليس لديهم خبرة بالأشـــكال والأصـــوات من حولهم فقد يستجيبون لصوت مرتفع ، كما يبدون تجاهلاً لأشخاص يعرفونهم ، ولكن في أوقات أخرى قد تبدوا حواسهم سليمة حيث يشعرون بأصوات بسيطة .

كما تشير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأطفال ذوي متلازمة اسـبيرجر ، ويظهر خصـوصـاً في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري (*Schatz et al,2001*)

ونلاحظ أن الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضـــطرابات في الانتباه لدى الأطفال التوحديين ، فالانتباه قدرة رئيسـية حيث أنه أسـاس عمليات اختصـار المعلومات ، وانتقاء الاسـتجابة ، والاسـتعداد للفعل النهائي . تصـل المعلومات الجديدة في شـكل تدفق مسـتمر للمثيرات الداخلية والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه حتى يتأهل أو يوجه أو يرشـــد الانتباه بناءاً على القدرة المعرفية السـابقة والأهداف الداخلية ، ويتميز الأطفال التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصـرية التكرارية البسـيطة مقارنة بنظرائهم من ذوي الاضـطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المسـتمر على المهام.

Buchsbaum et al,Cosey et al,1993,Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minshew et al,1997,Pascualvaca ey al, 1998.

٣- التذكر :-

يشـــير إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤ : ١٥٢) إلى أن الذاكرة قصـــيرة المدى لدى الأطفال التوحديون ، تظهر في المثيرات السـمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرون حداثة في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضـــمنة جزءاً من الجمل وجزءا من غير الجمل ، والوصـــف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتسـتعمل في كلام المصـــاداة ، أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحديون حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة لاسـتدعاء الأنشـطة التي قاموا بها

حديثاً وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحديون قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها .

كما يشير *(Scheuevmann&Webber,2002:7)* إلى أن الأطفال التوحديون يستخدمون مخزون الذاكرة وهو يشبه صندوق التكرار ويظهر ذلك في قدرة الأطفال التوحديون البارعة في رسم الصور كما هي ، وتجميع الصور .

٤- التخيل :-

يشير عمر بن الخطاب (٢٠٠١ :٢٧) إلى أن الطفل التوحدي لديه محدودية في النشاط الخيالي ، يتسم ذلك في التقليد وعدم إدراك الأهداف المتصلة بالكلمات مثل الأدب والأحاديث الاجتماعية .

ويرى *(Loma,M.D.,2007: 23)* أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في النشاط الخيالي حيث لا يلفت انتباههم سوى ما يرون ، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين ، لذلك يجدون من الصعب مشاركة السعادة أو الحزن .

ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلاحظ الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي :-

- صعوبة في الإدراك الاجتماعي
- مدى انتباههم قصير
- الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المختلفة
- لديهم صعوبة في الانتباه لمثير معين
- لديهم شذوذ في الإدراك الحسي
- يتمتعون بذاكرة صماء جامدة غير مرتبة ولا مرتبطة

(٢) الخصائص الاجتماعية :-

هناك مشكلة في المعرفة الاجتماعية لدى أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع هي اتجاههم لإعطاء انتباه أكبر للتفاصيل الخارجية ، خاصة الخصائص المادية المتضمنة في الموقف الاجتماعي ، أكثر من أعزاء المعاني الاجتماعية للمثيرات فهناك إحدى الدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسرار (الملازمة والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ، ولون ملابسهم) ، أكثر من إنهم أصدقاء حميميون ، ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج

يجب أن تقوم على أساس هدفين الأول- توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين ، الثاني – توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية (*Bauminger,2002 : 288)*.

ويؤكد هشام الخولي (٢٠٠٨: ٢٠) وكاربنتر وآخرون *(Carpenter,et,al,2002)* ، وكامبس وآخرون (*Camps,et,al* 2002) على أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عدم تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين ، والانسحاب الاجتماعي ونقص القدرة على الاستجابة لأفعال الآخرين وقصور في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية .

ويشير كل من روبال *Ruble (٢٠٠١: ٤٧٢)* ، *ولونجينكر Longenecker* (٢٠٠٢: ١١) ، وكاربنتر وآخرون *Carpenter,et,al (٢٠٠٢)* إلى أن اضطراب النمو في الجوانب الاجتماعية إنما يمثل المشكلة الجوهرية لدى أطفال التوحد وتستخدم هذه الإعاقة بصورة جوهرية في تعريف زملة أعراض هذا الاضطراب وتعتبر على المستوى الكمي والكيفي مختلفة عن الأعراض الملاحظة في اضطرابات الطفولة الأخرى ، ويتم تحديد الإعاقة الاجتماعية بأنها الافتقار إلى المهارة الاجتماعية والفهم الاجتماعي ، كما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يخبرون بعض الرغبة الاجتماعية والتعلق الانفعالي ، إلاَّ أنهم يواجهون مشكلات في تعلم التفاعلات الاجتماعية وفي الاستجابة وفي المبادأة وفي إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفي التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين ، وفي تفسير وجهات نظرهم .

وأكد كانر *Kanner* (١٩٤٣) ، وبارى وآخرون *Barry et al (٢٠٠٣*) على أن السمة الأساسية في اضطراب التوحد هو الضعف والانحراف عن المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز الملامح المميزة لهذا الاضطراب ، فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفي بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه .

ويشير بيرسون وميتشيل *(Parsos&Mitchell*) (٢٠٠٣: ٤٣) إلى أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدى إلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات

والاحتفاظ بهذه الصـــداقة ، وقد قامت العديد من المحاولات لتحســين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين ، حيث تقوم الأســـاليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضـــطراب التوحد على افتراضـــات نظرية العقل *(TOM)* *yheory of Mind* والخـاصــــة بـالأوتيزم حيث ترى هذه النظرية أن الصعوبات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تتضح عن طريق عدم القدرة على التفكير حول الحالات الذهنية والنفسية للذات الأخرى .

ويشير *(Siegel,1996,46)* ، وشاكر قنديل *(٢٠٠٠: ٨٩)* ، محمد كمال (٢٠٠٩: ٦٨) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديون يقومون اتصـــال بالعين أفضـــل مع أفراد العائلة عنه مع الناس غير المألوفين . وأيضـــا عندما يتكلمون مع الآخرين ، وإن كان شكل هذا التواصل يختلف في طبيعته ، حيث أنهم نظروا إلى الآخر لفترة أطول حينما كانوا هم المتكلمين ، والعكس كان صـــحيحا حين كانوا في موقف الاستماع .

ويوضح كل من جولدشين وثيمان *Goldstion&Theiman (٢٠٠٠)* والين وآخرون *whalen, et al (٢٠٠٦ : ٦٦٢)* ، ونوريس وداتيلو *Norris&Datilo* (١٩٩٩) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوي اضــطراب التوحد على المســتوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على أعزاء المشـــاعر والانفعالات للآخرين وللذات حيث تنقص الأطفال التوحديون القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والســـلوكيات ، حيث تقتصــــر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وأنهم لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد .

ويرى إلهامي عبد العزيز إمام (٢٠٠٣ : ٢٧٩)، وروفمان وآخرون *Ruffman ,et,al (٢٠٠١)* ،إنجرســـول ، *شـــريبمـان & Ingersol* *Schreibman (٢٠٠٦ : ٤٨٧)* كوتش ومـــايرينـد *Cuoch&Miren* *(٢٠٠٣)* أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوي اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وهي علاقة مهمة لمنع العزلة الاجتماعية وشعورهم بالفرحة والسرور نتيجة للتواصل الاجتماعي ، وعدم وجود هذه المهارة ينعكس على اكتساب مهارات اللعب كما أن الصعوبات في التقليد هي السبب الأول للنمو غير الطبيعي للسلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى هؤلاء

الأطفال .
ويشير أوريوردان ، باسيتى *Oriordan&Passetti* (٢٠٠٦: ٦٦٥) هيبورد،ستون *Hepburd&Stone* (٢٠٠٦: ٦٤١) إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة .
ويتفق كل من ترافاجليني *Travaglini* (٢٠٠١) ، جيلفيه *Gelveh* (٢٠٠٢: ٢) على أنه في اضطراب التوحد تصيب الإعاقة جميع جوانب التواصل باعتبار أن التواصل عملية مشاركة للمعلومات والأفكار مع شخص آخر على جعل فرد آخر يعرف أنك تريد شيئاً ، والتسليم بوجود أشخاص آخرين والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر من الناس ، والمباداة ، ومعرفة أولويات الاستجابة والتقليد . ويتضح مما سبق أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم قصور في العلاقات الاجتماعية تتمثل في علاقتهم بوالديهم ، وأقرانهم حيث أننا لا نلاحظ أي تفاعل متبادل بين هؤلاء الأطفال والطرف الآخر وكأنهم لا يستمتعون بوجود الآخرين ولا يشاركوهم الاهتمام بالأشياء ولينظرون للأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يحبون الاختلاط بمن في عمرهم من الأطفال .
(٣) الخصائص الانفعالية :-
تشير آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣: ١٦٣) إلى أن أهم صفات الطفل التوحدي كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (*DSM – Iv – 1994*) هي ضعف التواصل بالآخرين وقصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين ، وعجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات وتكرار للمقاطع والكلمات ، والخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني . ويشير شاكر قنديل (٢٠٠٠- ٩٢) إلى أن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدي تسبب له أقصى درجات التوتر ، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء ، وقد يبكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم لديهم محدداً مثل التغيير اليومي المعتاد ، كل ذلك يوحى بأن لديهم وعياً بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين .ويرى (*Yimya,1996:78*) أن الأطفال التوحديون لديهم قصور انفعالية .

- **النشاط الزائد .**

يرى عبد الرحمن سـليمان (٢٠٠١: ١١٥) أن فرط الحركة مشـكلة حركية شـائعة لدى الأطفال التوحديون في حين أن نقص الحركة أقل تكراراً وعندما تظهر فإنها غالباً ما تتبدل إلى فرط النشاط .

- **سلوكيات شاذة .**

يرى شـاكر قنديل (٢٠٠٠ – ٩١) أن الطفل التوحدي يختلف في إعاقته عن إعاقات أخرى ، فهو لا يبدي أدنى حد من الإشـارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته ، ولذلك فهو لا يبدو واعياً بمدى الغرابة في سلوكه على الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين .

- **مقاومة التغيير .**

يظهر الأطفال التوحديون هذه السلوكيات بشكل مبالغ فيه ، فبعض منهم يعتريهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك من مكانه *Rosenhan& Seligman,1995 : 636*

(٤) الخصائص السلوكية : -

المشـكلات السـلوكية التي يعانى منها الأطفال التوحديون عديدة ، وتختلف من طفل إلى آخر وذلك لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد (محمد الفوزان،٢٠٠٠ : ٤١) .

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديون فيما يلي : -

- **السلوك النمطي التكراري .**

يشـير إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩: ٩) إلى أن التوحديون كلما تطور نموهم فإن السـلوكيات النمطية البسـيطة تميل لأن تقل وتسـتبدل بسـلوكيات متكررة أكثر تعقيداً ، وقد يندمجون في جمع أنواع معينة ، وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون على روتين خاص مثل تتبع نفس الطريق تماماعند الذهاب إلى المدرسة .

- **سلوك إيذاء الذات .**

هو السلوك الذي يتسبب في إصابة جسدية هامة للطفل ، ويأخذ أشكال عديدة مثل عض الشخص لذراعيه ، أو خدش الوجه ، أو عض الشخص لسانه *Scott,et al , 2000,24-25 .*

مشكلات الطفل التوحدي : -

التوحد وما يرتبط به من حالات أُخرى عبارة عن اضطرابات عصبية – نمائية ، تنطوي بشكل رئيسي على خلل في النمو الاجتماعي ، اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات سلوكية ، مراجعة العوامل العصبية النفسية في التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى تقدم تحديات عديدة حيث أن الأدبيات متنوعة ومتسعة . النماذج النفسية التي تهيمن على الساحة حالياً تشتمل على نظرية العقل ، الترابط المنطقي المركزي ، والوظائف التنفيذية مع نتائج البحوث المرتبطة والتي يتم دمجها وتفسيرها في هذه البناءات المحددة المكانيزمات الاجتماعية – المعرفية والنمو اللغوي تقع أيضاً في حتمية مجال الوظيفة العصبية – النفسية .

الإدراك الحسي :

منذ الظهور المبكر للنظريات المعرفية في مجال التوحد ، وُثقت الاضطرابات الحسية بشكل جيد واعتبرت مجالاً رئيسياً للعجز . وأوضح أورينتز وريتفو *(Ornitz & Ritvo, 1963)* مدى الحساسية الزائدة التي تؤثر في كل حاسة من الحواس في ما يزيد على ١٥٠ حالة من التوحديون بناء على ملاحظاتها فقد سلما بأن عدم القدرة على تعديل المدخلات الحسية لدى الأطفال ذوي التوحد تظهر نفسها في تغيير حالات الإثارة (مثلا : الدوران ، الحساسية الزائدة للمثيرات) ، والكف (مثلا : عدم الاستجابة) ، وأن حالة عدم التنظيم هذه بدورها تؤدى إلى التغلب الإدراكي ، وفي البحوث الحديثة ، تم دراسة الاستجابة غير المعتادة للأطفال التوحدين للمثيرات الحسية والنماذج غير المعتادة للسلوك في علاقتها بمجالات أخرى مثل النقائص الاجتماعية والمعرفية واللغوية ، ومع ذلك تبين وجود استجابة غير طبيعية للتحفيز الحسي تميز بين التوحدين من الأطفال والمجموعات الضابطة في دراسات الخصائص السلوكية المبكرة *(Stone,1997 1992, Dahlgren& Gillberg, 1989,Osterling & Dawson,1994,Adrien et al,)*

الانتباه :

الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأفراد التوحديين فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنها أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائي . تصل المعلومات الجديدة في شكل تدفق مستمر للمثيرات الداخلية

والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه حتى يتأهل أو يوجه أو يرشد الانتباه بناءاً على المعرفة السابقة والأهداف الداخلية ويتميز الأفراد التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام .

(1997,Pascualvaca et al, 1998 Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minshew et al, Buchsbaum et al, 1992,Cosey et al, 1993,)

بينما تثير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأفراد ذوي متلازمة أسبيرجير ، ويظهر خصوصاً في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري *(Schatz et al,2001)*

النمو الاجتماعي في التوحد :

كان كانر *Kanner* (١٩٤٣) أول من وصف متلازمة التوحد الطفولى المبكر فقد أعلن في ورقته أن (١١) طفلاً الذين أظهروا ما أسماه كانر نقص فطرى للاهتمام بالناس ، أو التوحد *Autism* - وهي كلمة مشتقة من الأصل اليوناني *Autos* أي "النفس أو الذات " على عكس الاهتمام المحدود لدى هؤلاء الأطفال بالبيئة الاجتماعية ، فإنهم قد أظهروا – في الغالب – اهتماماً بسمات أو مظاهر البيئة العلاجية على سبيل المثال ، قد لا يبدو الطفل على أنه يدرك والديه أو أحدهما ، إلاَّ أنه يصبح في حالة من الذعر إذا رأى الأثاث غير مرتب ، واعتبر كانر الخلل الوظيفي الاجتماعي والاستجابات غير المعتادة للبيئة السمتين الأساسيتين للمتلازمة.

كما ذكر بعض الباحثين في النقائص الاجتماعية سمة من سمات الأفراد التوحديين *(Rimiand, 1964,Rutter,1998,Wing,1976)* على الرغم من أن بعض المهارات الاجتماعية تظهر معه إلاَّ أن حتى الكبار التوحديين " المرتفعين في الوظيفة " لديهم مشكلات رئيسية في العلاقات الاجتماعية *(Volkmar & Coben,1985)* الأعمال الاحقة عدلت من الوصف الأصلي لكانر بطريقة هامة إلا أنه مازال الانحراف الاجتماعي هو السمة الظاهرة لهذه المتلازمة الأدوات الشخصية وأدوات التقييم التي ابتكرت التوحد تؤكد على العوامل الاجتماعية *(Parke,1984)* وأيضا معايير التشخيص الحالية لهذا الاضطراب *(American Psychiatric Associotion,1994)*

اللغة والتواصل في التوحد :

يشير بانجور *Bangor* (٢٠٠١) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم مشـــكلات لغوية في الاتصـــال الاجتماعي إذا ماقورينوا بالأطفال العاديين إن معظم الأطفال الذاتويين المتخلفين عقلياً لا يتحدثون حتى سن الخامسة من العمر *(Bangor: 2001,P56)* .

الدراية أو المعرفة عن التواصـــل البشـــرى هي الأســـاس للنظرية والممارســـة الإكلينيكية في مجال التوحد ، المعالم في اللغة والتواصـــل تلعب أدواراً رئيســـية في كل نقطة تقريباً في النمو في فهم التوحد . يهتم والدوا الأطفال التوحديين أول ما يهتموا بأن هناك شـــيء غير طبيعي في نمو الطفل بسبب التأخرات أو الانتكاسات في نمو الكلام

(Ahort & Chopler,1988)

كما تبين أن اســـتخدام أطفال المدارس للغة الوظيفية مرتبط بالنواتج العقلية طويلة الأمد في التوحد *(Demyer et al,1973,Paul & Chen,1984)* الطلاقة والمرونة الخاصة باللغة التعبيرية بعد أن يقعان تحت التمييز بين التوحد ذي الوظيفة المرتفعة والوظيفة المنخفضـــة لدى أطفال المدارس أو الأطفال في سن المراهقة ، تاريخ التأخر في اللغة يمكن أن يكون ضروري وحاسم في تمييز التوحد عن الاضطرابات المرضية الأخرى لدى الكبار ذوي الوظيفة المرتفعة *(Lord & Venter,1992)* على الرغم من أنه لم يتم إدراك التوحد في البداية – غالبا – بســـبب النماذج البطيئة وغير المعتادة من نمو الكلام ، فإن كثير من السمات المبكرة للعجز اللغوي المرتبطة به تتداخل مع اضـــطرابات أخرى *(Inglism 1991,Bishop & Adams 1989 Beitchman &)* .

وعلى الرغم من أن المهارة في اللغة هامة للوظيفة لدى الأفراد التوحديين فإن التأخرات في اللغة التعبيرية في السنوات الأولى من مرحلة ما قبل المدرسة ليست مقصورة أو حكراً على التوحد

(Cantwell et al,1980)

في حالة ما يوجد وصف جيد للتاريخ الاجتماعي المبكر للطفل ، وأيضا اســـتخدامه للأشـــياء عندئذ يتم تشـــخيص التوحد بدون الإشـــارة أو الرجوع إلى التأخر *(Cohen et al, 1993,Lord et al, 1993,Siegel et al,)*.

كما اشتمل تاريخ التوحد على اهتمام متزايد وغير فعال باللغة والتواصل من تفســـير عدم الســـواء اللغوي على أنه ثانوي بالنســـبة للنقائض في الوظيفة

الوجدانية الاجتماعية *(Kanner,1943)* إلى النظرة التي مفادها أن اضطرابات التوحد هي نتيجة لاضطراب لغوي أساسي *(Rutter,1920)* إلى تركيز مانع على الاضطرابات البرجماتية *(Baltaxe,1977)* إلى اهتمام باستخدام اللغة في دراسة سلوكية أخرى ، خصوصاً القدرات المعرفية ذات الرتبة العالية مثل نظرية العقل *(Baron-Cohen,1993)* من المتعارف عليه الآن أن اللغة في التوحد متقلبة تماماً ويحتمل أن توجد مجموعات فرعية من الأفراد داخل حالة التوحد لديهم بروفيلات لغوية متميزة ، بعضها يشبه تلك البرفيلات الخاصة باضطرابات اللغة النهائية *(Fred et al,2006: 336)* .

كما أنه توجد عدة مشكلات يعانى منها الطفل التوحدي في المراحل العمرية التالية :

أولا : مشكلات الطفل التوحدي من ٢ – ٥ سنوات تنحصر في : -

- **استجابة غير طبيعية للأصوات**

غالباً ما يظن البعض أن الطفل التوحدي مصاب بالصمم لأنه عادة يتجاهل الأصوات العالية ولكن والديه على يقين أنه يسمع لأنه أحياناً يلتفت مرة واحدة لو سمع أي صوت من الأصوات المفضلة لديه مثلاً (عند سماع صوت ورقة قطعة الحلوى وهي تفتح) وفي المقابل تكون بعض الأصوات مزعجة له بصورة رهيبة فيغطى أذنيه حتى لا يسمع الصوت وكأن لديه أحساس نحو هذه الأصوات .

- **مشكلات في فهم الكلام**

يستجيب الطفل التوحدي للكلام بطريقة غير طبيعية حيث يتجاهل صوت والديه عند مناداته باسمه وقد تمر عدة سنوات قبل أن يتعلم كيف يستجيب إذا سمع اسمه .

- **مشكلات في التحدث**

لا يتكلم بعض الأطفال التوحديين أبداً طوال عمرهم والبعض اللآخر وهم أكثر من ٥٠% يتعلمون كيف ينطقون بعض الكلمات على الرغم من أنهم يبدأون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم العاديين يسمعها من حوله أو من التلفاز أو أُغنية أطفال يحبها .

- **مشكلات في فهم الأشياء المرئية**

لا يركز الطفل التوحدي نظره على الأشياء التي عادة يحب الأطفال العاديين رؤيتها لمدة طويلة ولكنه يعطى نظرة سريعة ثم يحوله .

- **مشكلات فهم الإشارة**

يتســم الطفل التوحدي بالإعاقة في اســتخدام اللغة المرئية ففي الســنة الأولى يستخدم الصراخ كبديل للغة وقد تمر عدة سنوات قبل أن يبدأ الطفل في استخدام الإشارة إلى الشيء الذي يريد .

- **حواس اللمس والتذوق والشم**

سرعان ما يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أنهم يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشافهم لما يحيط بهم ولكن يتعلمون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال العاديين ، وقد يظهر الطفل التوحدي أنه غير حساس للبرد أو الألم ولكنه كلما كبر يكون لديه حساسية مبالغة للأذى.

- **حركات جسدية غير مألوفة**

لوحظ على الطفل التوحدي أنه يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل والمشي على أطراف الأصابع والدوران دون الإحســـاس بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي لشيء يشد انتباهه.

- **تصرفات صعبة ومشكلات عاطفية**

تظهر هذه التصرفات عادة في السنوات الأولى للطفل التوحدي وتكون واضحة في البداية لعدم قدرة الطفل على التفاهم مع من حوله ، وتبين أنه عند وضـــع برنامج مناســـب لهذا الطفل فإن هذه المشـــكلات تبدأ في الانخفاض تدريجيا وتقل مشكلاته العاطفية ولحظات الغضب .

- **الانعزال الاجتماعي**

يتصرف الطفل التوحدي وكأن ليس من حوله أحد فهو مثلا لا يرد على من يناديه فقد يمر على أحد الأشخاص وكأن هذا الشخص غير موجود ويحدث كل هذا في البداية وإذا بدأ الطفل التوحدي ســـنواته الأولى في فهم العالم الخارجي وكسر طوق التواصل فمن هنا تبدأ تصرفاته تتغير ويبدأ وكأنه يشعر بمن حوله من أنشطة كالطفل العادي .

- **الخوف من أشياء خاصة**

قد يخاف الطفل التوحدي من أشياء قد تكون عادية لغيره وعلى الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشـــياء قد تكون مخيفة ، ومن ثم الطفل التوحدي شديد الخوف دون داع .

- **السلوك المحرج اجتماعيا**

يتصرف الطفل التوحدي تصرفات غير مقبولة اجتماعيا نظراً لكونه لا يفهم ما حوله ، فبعض الأطفال المصـــابين بالتوحد يعيشـــون في عزلة تامة ولديهم خمول ولا يسـيبون أي إزعاج بينما البعض الآخر منهم كثير الحركة مخرباً (سميرة عبد اللطيف : ١٩٩٢) .

ثانيا : مشكلات الطفل التوحدي بعد خمس سنوات :-

إن آباء الأطفال التوحديون يواجهون أوقاتاً عصـــيبة خلال الســـنوات الأولى لأطفالهم مما يصيبهم بالإحباط وفقدان الأمل وتعد بعد مرور السنوات الخمس الأولى يبدأ التغيير للأحسن للطفل التوحدي وأكبر تغيير يطرأ عليه هو الجانب الاجتماعي والعاطفي فيظهر الطفل التوحدي عاطفة قوية نحو والديه ولمن حوله ويصـــبح اجتماعيا وأكثر انتباها للخطر الحقيقي وهذا مما يدخل الراحة والطمأنينة في نفوس الوالدين .

إلا أن هناك مشـــكلات أخرى تظهر لدى الطفل التوحدي في مراحله العمرية المختلفة ومنها : -

- العشوائية وعدم الإتقان في أداء الحركات التي تتطلب المهارة .
- العزلة والانسحاب الاجتماعي .
- مقاومة التغيير .
- مخاوف خاصة .
- عدم القدرة على اللعب .
- سوء النطق والتحكم في الصوت .
- مقاومة التعلم والسلبية .
- الســـلوكيات النمطية الشـــاذة(نادية أديب: ١٩٩٣)،(لورنا وينج: ١٩٩٤)،(محمد شوقى:٢٠٠٣).

ويشـــير (محمد كامل : ٢٠٠٣) لأكثر المشـــكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند ذوي التوحد على النحو التالي :-

أولا : مشكلات التعبير اللغوي : -

١- التعارض بين استخدام وفهم اللغة

نجد أن بعض الأطفال التوحديين يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشـكل جيد لأن لديهم غالباً مشـكلات إنشـائية تعبيرية عميقة خاصـة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء

اختبارات اللغة .

وأيضـــاً لديهم صـــعوبة في فك الشـــفرة في التراكيب اللغوية والمفاهيم المعقدة وبالتالي يصـــعب على الأفراد الآخرين التعامل معهم بســـبب فهمهم الضـــيق المحدود لمعاني الكلمات والألفاظ المســـتخدمة في اللغة ، وقد يفهمهم البعض فهم خاطئ على أنهم غير متعاونين أو يســـلكون بأســـلوب فظ وأغبياء وذلك بسبب الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم .

٢ – الحرفية

هناك صـــعوبة أُخرى تظهر لدى الأطفال التوحديون مرتبطة بالإنشـــاء الضـــعيف والتبرير اللغوي المضـــطرب والتي تســـتمر في خلق العديد من المشـاكل في فترة البلوغ وهو الميل لتفسـير ما يقال حرفياً ، تلك الاسـتجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفي للغة التي تجعل هؤلاء الأطفال في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين مثال- عندما سـألت المدرسـة الطفل – إريك – متى ولد ومتى يحتفل بعيد ميلاده فكانت اســـتجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد في كل عام بالطبع .

ثانيا : مشكلات في اللغة المنطوقة : -

١- الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات

يعانى الأطفال التوحديين من قصـــور واضـــح في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين كما يظهر لديهم أيضـــاً قصـــوراً في تعميم تلك المفـاهيم ، وبـالتـالي انخفاض في قدراتهم التعبيرية فهم يعانون من صـــعوبة في إيجاد الشـــكل الصـــحيح من الكلمات من أجل التعبير عن أفكارهم الخاصـــة لدرجة تصـــل إلى أنه يمكن وصـــف حديثهم بأنه في غير الموضع المحدد .

٢- طريقة استخدام الكلمات

حيث أن الأفراد ذوي التوحد يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات حيث أن كثير منهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصـفه على أنه كوميدي والبعض الآخر حديثهم يتصـــف بالدكتاتورية أو الصـــوت المرتفع وبعضـــهم حديثهم يتصـــف بأنه متطاول على الآخرين ، أيضـــا بعض الأفراد ذوي الأوتيزم قد يوصـف على أنه لديه حصيلة جيدة من المفردات اللغوية إلاَّ أن هذه الحصـيلة تزيد من المشـكلة لدى هؤلاء الأفراد خاصـة عند اختلاطهم بأفراد المجتمع أو تواجدهم وســـط مجموعة من الأفراد العاديين لأنه بســـبب الاســـتخدام غير

المناســب لتلك المفردات في الوقت المناســب لها فهذا يؤدى إلى تعقد الموقف الاجتماعي وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد .

٣ – ترديد الكلام (الحديث)

يعتبر ترديد الكلام لدى الأطفال ذوي التوحد من أكثر المشكلات انتشارا وغالبا ما تظهر تلك الاضــــطرابات عندما يكون الأفراد ذوي التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض ، وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلاً على أن الفرد ذو التوحد يحاول اســـتخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاســـتخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أســـباب فقد يكون هذا الأســـلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو التوحد للاتصـــال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسـبب عدم إحســـاســه بالأمان في موقف معين ، وهذا الأسـلوب في جميع الأسـباب يؤدى إلى إعاقة التواصـــل الاجتماعي العادي لأنه يســـبب الضـــيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو التوحد .

٤ – الفضاضة أو التبلد الذهني

هناك مشـــكلة كبرى تظهر لدى الأفراد ذو التوحد تتمثل في انخفاض المحصـــول اللغوي المناســـب اجتماعيا الموجود لديهم بمعنى نقص الملائمة للقواعد الاجتماعية المناســـبة في الحديث مع الآخرين فالأفراد ذوي التوحد غالبا ما يخفقون في تقدير تأثير حديثهم سواء كان في الأسلوب أو في المحتوى على الآخرين ، وبالتالي فإن الفرد ذو التوحد غالبا ما يوصـــف في كثير من المواقف التي تتطلب مهارات اجتماعية معينة أو تفاعل اجتماعي بأســـلوب محدد على أنه فظ أو متبلد ذهنياً وبالتالي فإن هذا الأســلوب غالباً ما يقلل من فرص النضـــج الاجتماعي لدى الأفراد ذوي التوحد لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد .

ثالثا : مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية

١ – التحدث عن المستقبل :

تمثل المفاهيم المعنوية أو الافتراضـــية مصـــدر صـــعوبة كبرى لدى الأطفال التوحديين خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالمستقبل فعلى سبيل المثال تعد بعض الاستجابات الشائعة بين الأفراد العاديين غامضةً جداً أو غير مؤكدة بالنسبة للأفراد التوحديين ، فمثلا الإجابة عن الأسئلة باستخدام بعض الكلمات مثل قريباً أو من الممكن أو سأفكر في هذا يمكن أن تؤدى إلى استثارة

هائلة لغضب الأفراد التوحديين حيث أن هؤلاء الأفراد ليست لديهم القدرة على الاستدلال من تلك الاستجابات على استنساخ أي معلومات حقيقية أو أين أو متى سيحدث هذا الحديث الذي يسألون عليه بالتحديد .

٢ – التعبير عن المشاعر والأحاديث

يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في التحديث عن المشاعر والأحاسيس التي يمرون بها أو حتى التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يشعرون به أو يتعرضون له ، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن عدد من الأفراد التوحديين أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى إلتهاب الزائدة الدودية ولم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بآلام معينة وبالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة .

٣ – حس الدعابة

من المثير للدهشة أن الأطفال التوحديين يتمتعون بقدر غير معقول من الميل للدعابة ، حيث يمكن أن تصبح الفكاهات والألعاب وبعض الألغاز التي تقدم لهؤلاء الأفراد مصدر الاستمتاع لديهم ، كما أكدت بعض الدراسات أنه يمكن استخدام هذه الأساليب كمدخل له تأثير فعال في تشجيع التدخلات العلاجية الإيجابية ذات المغزى الاجتماعي .

٤ – النقص في القدرة على تبادلية الحديث

يعد النقص في القدرة على تبادلية الحديث والإخفاق في الاقتراب من الطريق المناسب لتبادل أطراف الحديث (الاستماع في الوقت المناسب والتحدث في الوقت المناسب) أكبر مؤشراً للأفراد التوحديين والذين يميلون إلى أمطار الأشخاص الذين يقابلونهم بأسئلة أو عبارات مكررة غالباً بغض النظر عن الإصابات التي يحصلون عليها ، كما أن عدم قدرتهم على التوقف عن الحديث في الوقت المناسب يؤدى بهم إلى أن يكونوا غير واعين بالتلميحات التي توضح أنهم أصبحوا مملين وأنهم يعطلون النقاش المفتوح أو أنهم يسيطرون على المحادثة بصورة غير مقبولة (محمد كامل ، ٢٠٠٣: ٣٤- ٤٤) .

رابعاً :- المشكلات التي تعانى منها أسرة الطفل التوحدي :-

كثيراً ما تتعرض أسـرة الطفل التوحدي بكثير من المشـكلات التي تعانى منها والتي من أهمها :-

(١) مشكلات في عملية التفكير:-

وذلك يرجع إلى النقص في المهارات العقلية اللازمة للقيام بالعمليات التي تؤدى إلى إدراك معاني الكلمات ، والمقارنة بين الأشياء وفهم المعلومات وتحليلها واستنتاج الأحكام والاستفادة من الخبرات ، ويؤثر هذا النقص على الطفل التوحدي وعلى عمليات تعليمه واستيعابه للمواد الدراسية النظرية وأسس تعاملاته الاجتماعية .

مشكلات نفسية :-

- وذلك يرجع دائماً إلى تجاهل الآخرين إلى الطفل التوحدي ورفضه وعدم تقبله مما يؤدى إلى شعوره بالخوف وعدم الأمان وفقده الثقة في نفسه وشعوره بالسلبية وقصور قدراته وعجزه عن مجاراة الآخرين في أنشطتهم وسلوكياتهم .

مشكلات صحية :-

- أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدي اضطرابات صحية أخرى مما يزيد من صعوبة التعامل معه كأن يصاحب إعاقته اضطراب في وظائف الجهاز التنفسي أو اضطراب في وظائف الجهاز الهضمي أو يكون مصحوباً باضطرابات حركية أخرى .

مشكلات حركية :-

- أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدي مشكلات تعوق حركته العضلية مثل الشلل الدماغي أو العيوب الخلقية مما يحول بينه وبين ممارسة النشاط العضلي الحركي وتؤدى مضاعفات هذه الأعراض إلى تقييد المجال المكاني الذي يتحرك فيه الطفل التوحدي والتقليل أيضاً من فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في أنشطتهم .

مشكلات في التكيف الاجتماعي :-

- في حالة وجود المشكلات النفسية ، والصحية ، والحركية فإنه يتعذر على الطفل المعاق عقلياً التوحدي أن يتكيف اجتماعيا لأن هذه المشكلات تؤثر بشكل سلبي على عمليات التوافق الاجتماعي بينه وبين الآخرين وعادة ما يرجع ذلك إلى الإحباط الذي يتعرض له بسبب فشله **(٢) مشكلات في**

الإدراك الحسي :-

يشـــير(عبد الرحمن محمد عيســوي ، ١٩٩٦، ١٣٤- ١٣٦) إلى أن مشـــكلات الإدراك الحســـي ترتفع نســـبة الإصـــابة بها بين المتخلفين عقلياً التوحديين عن أقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصـــة وذلك لافتقار الكثير من المتخلفين عقلياً التوحديين إلى القدرة على التمييز بين المؤثرات الحســـية التي لا يستطيعون فهمها أو التعرف عليها كما قد يفشلون في التعرف على أوجه الاختلاف في نواحي الشكل والحجم واللون والمسـافة والصـوت مما يعوقهم ويحول بينهم وبين اكتساب الخبرات الحسية والبيئية وعلى علاقاتهم بالآخرين وعلى مقدار تحملهم للمسـئولية وعلى أمنهم وأمن الآخرين في بعض الحالات ، وقد يحتاج بعض أفراد فئات التخلف العقلي إلى نوع من المراقبة المتقطعة أو الدائمة ، وبعض الإجراءات الأخرى الخاصـــة بســـلامتهم أو حمايتهم من أخطار يحتمل أن يتعرضوا لها في مجال الحياة اليومية .

(٣)مشكلات في الدمج الحسي :-

الدمج الحســـي عبارة عن عملية تنظيم المعلومات الحســـية(المثيرات الحسية) الداخلة إلى المخ من أجل استعمالها والاستفادة منها فمن المعروف أن حواسنا المختلفة تستقبل المعلومات (المثيرات الحسـية) عن حالة أجسـامنا ، ومن ثم ترسـل هذه المعلومات إلى المخ ، فتنصـب هذه المثيرات الحسـية في المخ كما ينصب منسوب الماء في البحيرة ، فيدخل إلى المخ عدد لا حصر له من المعلومات أو المثيرات الحسـية ليسـت فقط من حاسـة البصـر ولكن من الحواس المختلفة مثل حاسة السمع واللمس والتذوق والحس الحركي(المسئول عن الإحساس بوضع الجسم والإحساس بالحركة) ، والحس الهليزى (المسئول عن توازن الرأس وعلاقتها بالجاذبية الأرضية) ، وحتى يتصرف الفرد بشكل طبيعي ويتعلم ويتحرك لابد للمخ أن يقوم بتنظيم هـذه المثيرات لينتج عنهـا استجابات طبيعية صحيحة إذا ما دخلت إلى المخ بشكل طبيعي منظم ، أما إذا ما دخلت هذه المثيرات بشكل غير منظم فإنه لا ينتج عنها اسـتجابات طبيعية صحية .

(٤)مشكلات في الاستجابات الحسية والبصرية الدفاعية :-

تتضمن هذه المشكلات استجابة الطفل التوحدي لبعض المثيرات الحسية بشكل غير طبيعي ، سواء كان هذا المثير سـمعياً أو لمسياً أو بصـرياً أو من حاســة الشــم أو التذوق ، فالأطفال الذين يعانون من هذه المشــكلات عادة ما

يكون لديهم ردود فعل غير ملمسيه ، وعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة ، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد ، فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل تسريح الشعر أو غسله أو قص الأظافر أو غسيل الأسنان ، وعادة ما يسبب هذا السلوك مشكلة لآباء هؤلاء الأطفال نظراً لما يواجهونه من صعوبات في هذه المشكلات ونظراً للاستجابات غير الطبيعية لهذه الأشياء فنجد مثل هؤلاء الأطفال استجاباتهم لبعض ملامس الأشياء غير طبيعية مثل ملمس بعض أنواع من الطعام أو ملمس ملابس معينة . مما يجعل هؤلاء الأطفال يرفضون أن يأكلوا بعض أنواع من الطعام أو يرفضون ارتداء ملابس معينة . وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس ، وهناك أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات . فنجدهم قد لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة . أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة . وقد يسبب ذلك العديد من المشكلات الاجتماعية . مما يجعل الطفل ينسحب اجتماعيا أو يتصرف بطريقة عنيفة مع الآخرين فيؤثر ذلك على نمو المهارات الاجتماعية .

وأيضاً نجد استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية لدى الطفل التوحدي فنجده يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غير عادية ، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد أحياناً .

(٥)مشكلات في الاستجابة الدفاعية للفم :-

يشير (محمد صبري وهبة، ٢٠٠٤)إلى أن هذه المشكلات يمكن أن تسبب مشكلة للطفل عند غسيل أسنانه بالفرشاة ، وهناك صعوبة عند فحص طبيب الأسنان له ، ونجده يصعب عليه تحمل بعض ملامس أطعمة معينة ودرجة حرارة أطعمة معينة .

ويشير (خيري المغازى ، وليد خليفة ، ٢٠٠٦: ١٠٥) إلى أنه نظراً لمحدودية الخبرات التي يتعرض لها الطفل المتخلف عقلياً التوحدي فإن خبراته تكون قليلة مما قد ينعكس ذلك على كفاءة حواسه ، فالحواس تقود إلى الإدراك ، ومن ثم نجد أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين لديهم قصور في عمليات الإدراك مما يؤدى إلى قلة كفاءتهم في التعامل مع المواقف الاجتماعية والبيئية ، ويتطلب التغلب على هذه المشكلات ضرورة بذل الجهود المكثفة لتنمية حواس الطفل المتخلف عقلياً التوحدي عن طريق المثيرات البصرية والسمعية وتنمية الإدراك الكلى والانتباه .

(٦)مشكلات في اللغة والكلام :-

يشـــير(محمد رفقي محمود ،١٩٨٧: ٩٣) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يعانون من صـــعوبات متعددة في مجال اللغة لما لديهم من خصائص لغوية ناجمة عن التخلف العقلي تتضمن ما يلي :-

- يقل مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً التوحديين .
- تقل كمية المنطوقات الصـــوتية بين المتخلفين عقلياً التوحديين كما قلت نسبة ذكائهم .
- يعانون من نقص نسـبى في اكتســاب مفردات اللغة ، وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به أو يجول بخاطرهم .
- لا يحسنون الكلام ويبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة صغار الأطفال.
- تقل كفاءة اللغة التي تؤثر بشـــكل ســـلبي على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر .

ويضيف (وليد خليفة ، مراد عيسى :٢٠٠٦) إلى أن علاج صعوبات النطق وعيوب الكلام يقوم على أساس تشجيع الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على المناقشة والتعبير وتوفير المنبهات اللفظية يساعد على تحسين حصيلته اللغوية وإصـــلاح عيوب نطقه ويمكن أن يقوم بذلك كل من الأب والأم في البيت ، والمدرس في الفصل.

وذلك بتدريب الطفل بأتباع الآتي :-

- توجيه الحديث للطفل والعمل على زيادة انتباهه من خلال تقليد كلام الآخرين وتشجيع الأنشطة اللغوية الاستكشافية المقدمة له .
- تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على التعبير بالكلام عن طريق المحادثة التليفونية فقد أثبتت فاعليتها .
- تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على الأنشـــطة التي تعتمد على الحوار وتبادل الأدوار لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية .
- تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على البروفات اللغوية النشـــطة الشاملة فإنها مؤثرة وأكثر فاعلية من الطريقة التقليدية .
- تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي على القراءة الشـفوية عن طريق الصور فقد أثبتت فاعليتها في تعليمه وتدريبه .
- تعزيز الطفل المتخلف عقلياً التوحدي عند النطق السليم أو التفوه باللغة .
- مشــاركة الوالدين كوسـيلة في إجراءات التدريب على تنمية المهارات

اللغوية حتى تكون أكثر كفاءة .

- تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يجب أن يصــــمم من خلال لغتهم اليومية والبيئية المحيطة بهم .
- تـدريـب الأطفـال المتخلفين عقليـاً التوحـديين على برنـامج يتضــــمن منظومة لغوية تشجعهم وتنمى لديهم حب الاستطلاع والفهم والمعرفة والتساؤل مما ينعكس أثره على تنمية اللغة العادية .
- اسـتخدام القصـص المشـوقة والتي تعمل على إكسـاب الطفل المتخلف عقلياً التوحدي المهارات اللغوية وتعديل سلوكه.

(٧)مشكلات في التبول اللا إرادي :-

يشــــير (وليد الســـيد خليفة ، ٢٠٠٧: ١٨٧- ١٨٨) إلى أن كثير من الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يتأخرون في ضبط عملية الإخراج لأسباب نفســية وجســمية ونقص في التدريب على هذه العمليات وأنه من الضــروري الاهتمام بدراستها وعلاجها في عمر مبكر بإتباع الخطوات التالية :-

- فحص الطفل طبياً وعلاج الأســـباب الجســـمية للتبول اللاإرادي مثل التهابات الكلى والمثانة وحمضــية البول الزائد والتهابات العمود الفقري وغيرها .
- وضع برنامج تدريبي للطفل ينظم ذهابه للحمام قبل وفي أثناء وبعد النوم .
- دراسة مشاكل الطفل النفسية وتحسين ظروف البيئة من حوله وتحسين أساليب معاملته.
- تبصــير الطفل بالمشــكلة وبقدرته على العلاج وتشــجيعه على التعاون في تنظيم مواعيد ذهابه إلى الحمام .

دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحدي :-

للأســرة دور فعال في التغلب على كثير من مشــكلات طفلها التوحدي وذلك من خلال تقديم الخبرات والمهارات التي تزيد من ثقته بنفســه من خلال برامج تجعله يتغلب على كثير من مشكلاته .

ويشير (محمود على محمد ، ٢٠٠٤) إلى أنه يجب أن يحتوى البرنامج الذي يقدم للطفل التوحدي على المثيرات البصرية والتكنولوجية عند التطبيق ، فمثلاً تشترك الأسرة مع طفلها التوحدي في فتح جهاز التليفزيون ، ويجب أن يشـــتمل برنامج تدريب الطفل التوحدي على العاب وترفيه وإشـــباع رغبات الطفل في الأنشطة واللعب بالصلصال والرمال وأن يميل الطفل إلى أن يبحث

عن التسلية في البرامج .

ويوضح (محمد صبري وهبة ، ٢٠٠٤) أن الأسرة تلعب دوراً مهماً في عملية تدريب التوحدي ولكن ذلك يجب أن يخضع لعملية تأهيل أسري أساسه التثقيف والتوعية عن طريق فريق يضع أهدافه المختص والأخصائي الاجتماعي حيث استخدام الندوات والمناقشات والمحاضرات التثقيفية لتوعية الأسرة بدورها في مساعدة الطفل التوحدي على التدريب بشكل جيد .

ويؤكد (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨١: ١٥٣) على دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدي من خلال سببين رئيسيين هما :

- أن هذا الطفل يميل لأن يكون عرضة لمواقف الضغط والتوتر – سواء داخل المنزل أم خارجه – لدرجة أكبر مما يواجه الطفل العادي . يواجه الطفل المتخلف عقلياً التوحدي قدراً من الإحباط يفوق ما يواجه غيره من الأطفال . كذلك فإن قدرة الطفل المتخلف على المحافظة على دور الصداقة ودوره بين جماعة الرفاق أقل بالمقارنة بالأطفال
- الآخرين ، يضاف إلى ذلك أن الطفل المتخلف لا يستطيع المنافسة في الأنشطة العقلية بنفس الدرجة التي يتمتع بها سواه من الأطفال مثل هذه الفروق يمكن أن تنتج استجابات عاطفية متطرفة من جانب الوالدين تتراوح ما بين الحماية الزائدة والرفض الصريح للطفل .
- يتضمن أهمية دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدي أنه يكمن في أهمية إدراك حقيقة مؤداها أنه على الرغم من حاجة الطفل المتخلف عقلياً التوحدي الماسة إلى ظروف أسرية متوازنة وثابتة من الناحية العاطفية والانفعالية فإن حالة التخلف عند الطفل تميل بطبيعتها إلى خلق الوضع العكسي لإشباع هذه الحاجة ، في كثير من الأحيان وجد أن التخلف يخلق موقفاً انفعاليا مشحوناً للغاية في محيط الأسرة مما يضع الطفل في موقف يتسم بعدم الاستقرار.

الفصل الثالث

الدراسات والبحوث السابقة

سـوف أقوم في هذا الجزء من الكتاب بعرض لأهم الدراسـات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة التوحديين والذين يعانون من اضطرابات التوحد ، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج تدريبية سـلوكية علاجية ، وذلك للتخفيف من اضطراباتهم النفسية والسلوكية والتي تتمثل في سوء توافقهم مع أقرانهم من الأسوياء في المجتمع .

وقد قمت بتصـنيف الدراسـات السـابقة إلى عدة محاور بناءً على المتغيرات .

المحور الأول :-

دراسـات تناولت برامج سـلوكية عامة في التقليل من سـوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً .

المحور الثاني :-

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين .

المحور الثالث :-

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين .

المحور الأول :-

دراسـات تناولت برامج سـلوكية عامة في التقليل من سـوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

١- **دراسـة فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢)**: بعنوان: فاعلية برنامج لتعديل سـلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصـابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصـابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم " وتكونت العينة من (٢٤) طفلاً وتتراوح نسـب ذكائهم بين (٥٠-٧٠) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء – قائمة الصحة العالمية المقننة – مقياس السـلوك التوافقي إعداد/ صـفوت فرج وناهد رمزي، ١٩٥٨م برنامج تعديل السـلوك إعداد الباحثة)، وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السـلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشـكال السـلوك التوافقي والاسـتقلالي وأسفرت نتائج الدراسة عن: « لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات

درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم)).

٢- **دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤)**: بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكراً ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٦ – ٩) سنوات من المعاقين عقلياً بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي، إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدوث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

٣- **دراســة جومبل** *Gumpel,* (1994) : بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. واستهدفت الدراســة تطوير نموذج سـلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقلياً قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سـلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراســة من (٣٤) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (٦-١٨) سنة، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باســتخدام فنيات النمذجة والتدعيم باســتخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي، وأســفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

٤- **دراســة ســهير شــاش** (٢٠٠١): بعنوان: فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت الدراســة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضــطرابات الســلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل العلاقات الاجتماعية، مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراســة الكلية من (٨٠ طفلاً) ومنهم (٥٠ طفلاً) متخلف عقلياً و(٣٠) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية، وقد استخدمت النمذجة في تصـميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شــهرين، وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في مجموعة الدمج وانتكاســة في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها، وقد يرجع ذلك إلى أن مجموعة الدمج مع الأطفال العاديين قد اســتفادوا من فعاليات أنشــطة البرنامج واســتطاعوا توظيف وتعميم المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها واكتسابها في حياتهم اليومية.

٥- **دراســـة العربي محمــد زايــد (٢٠٠٣)**: بعنوان: فاعلية التدريب على اســتخدام جداول النشــاط المصــورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعاً من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة هذا وقد ضـــم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي – مهارة تكوين الأصدقاء – إتباع القواعد والتعليمات – التعبير الانفعالي – مهارة حل المشــكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية، وتألفت عينة الدراسة من (١٠) أطفال معاقين عقلياً (٥) مجموعة تجريبية (٥) مجموعة ضـــابطة ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصــورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراســـة والذي من شـــأنه أن يحقق قدراً معقولاً من التوافق مع الآخرين في البيئة المحيطة وبالتالي قل الســـلوك الإنســـحابى لهؤلاء الأطفال واســـتمرار التحســـن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

٦- **دراســة أحمد علي عبد الله الحميضي (٢٠٠٤)**: بعنوان: فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراســـة وذلك من خلال التدريب على البرنامج الســـلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراســـة وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (٨) أطفال، وقد أســـفرت نتائج الدراســـة عن: ((وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات

الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية)).

٧- **دراسة ميادة محمد علي أكبر (٢٠٠٦)**: بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون"، وتراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) عاماً، ونسب ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) درجة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن والذكاء والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، والجنس، واستخدمت الدارسة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء ومقياس لتقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

٨- **دراســـة ريمين جوتن** *Remin gton, (2007):* بعنوان: فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على الســـلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت الدراســـة إلي الكشـــف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (الاســـتقلال – التعامل بالنقود) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم وطبقت الدراســـة على مجموعة تجريبية قوامها (٢٣) طفلاً من أطفال ما قبل المدرســـة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) وذلك على مدى عام دراســـي، وقد أشـــارت نتائج الدراســـة أن هناك فروقاً دالة إحصـــائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والســـلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

٩- **دراسة سيفرز** *Seevers, (2008)* : بعنوان: فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت إلى الكشـــف عن فعالية برنامج ســـلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضـــمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصـــدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراســـة على (٨) أطفال من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ولديهم قصـــور واضـــح في المهارات الاجتماعية وتم تدريب عينة الدراســـة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضـــمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصـــدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل الســـلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

المحور الثاني :-

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين .

(١) **دراسة :-** لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨) **بعنوان :-** فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

هدف الدراسة :- تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين . وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين وتزويد المسؤولية عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج يسهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

عينة الدراسة :- تكونت من (١٢) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ – ١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (٦) أطفال منهم (٣ ذكور – ٣ إناث) والأخرى تجريبية (٦) أطفال منهم (٣ ذكور – ٣ إناث) .

نتائج الدراسة :- ظهرت في وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعد على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التدريبية .

(٢) **دراسة:- فايزة إبراهيم الجيزاوى(٢٠٠٨)**بعنوان :- فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين .

هدف الدراسة :- يكمن في تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد مفهومها وأسبابها وتشخيصها والأساليب العلاجية .

الكشف عن مدى فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديون .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديون عددهم (١٠) أطفال وأعمارهم تتراوح بين (٤-٧) سنوات حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ، ومجموعة تجريبية ثانية وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم برنامج النشاط المصور

نتائج الدراسة:- أشارت النتائج إلى :-

- فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .
- فعالية برنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .
- فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد القياس البعدي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية من النشاط المصور .
- استمرار فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

(٣) دراسة:-**مجدي فتحي غزال**(٢٠٠٧) بعنوان :- فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان .

هدف الدراسة :- هدفت الدراسة إلى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، كل منهما من (١٠) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد ، وتتراوح أعمارهم بين (٥-٩) سنوات .

نتائج الدراسة:- تلخصت نتائج الدراسة في:-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٥ ٠ ،٠) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٥ ،٠ ٠) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

(٤)دراسة:-**رضا عبد الستار رجب كشك**(٢٠٠٧)بعنوان :- فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين .

هدف الدراســـة :- تهدف الدراســـة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصـــل باســـتبدال الصـــور في تنمية مهارات التواصـــل الوظيفي (الطلـب – الاختيـار – الاعتراض – التعليق – الانتباه المشـــترك – التقليد) لدى الأطفال التوحديين وتقديم برنـامج تدريبي لعينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل الوظيفي .
عينـــة الدراســـة :- تكونت عينة الدراســـة من (٨) أطفال توحديين وأمهاتهم (٦ ذكور – ٢ إناث) ، وتتراوح أعمارهم مابين (٩ -١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) والأخرى ضابطة (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) ، مع مراعاة التجانس بين المجموعتين .
نتائج الدراسة :- تكمن في تنمية مهارات التواصل الوظيفي التي تعتمد على المثيرات البصرية وجوانب القوة لدى أطفال التوحد .
(٥)**دراســـة:-هنري سيلفر:-** *Silver,Henry,E.T* (٢٠٠٦) بعنوان :- الخطأ والثواب في التدريب الانفعالي القصير يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند المصـابين بالاضـطراب التوحدي " دراسـة تمهيدية ".
هدف الدراســـة :- تهدف الدراسـة إلى تأثير التدريب على الانفعالات وعلى التعرف على انفعالات الوجه ، ثم توضـــيح الخلل في التواصـــل الانفعالي قد يكون عامل هام في ضعف الأداء عند الأطفال التوحديين.
عينة الدراســة :- تكونت عينة الدراسة من (٢٣) طفلا وطفلة في سن مابين (٥-٨) ســنوات وخضـــعت أفراد العينة لثلاث جلســـات تدريبية في الأسبوع باستخدام برنامج التدريب على الانفعالات بالكمبيوتر .
نتائج الدراســـة :- قد توصـلت الدراســة إلى أن البرنامج يحســن من التعرف على انفعالات الوجه عند الأطفال المصابين بالتوحد .
(٦) **دراســـة:-ســـوينى** *Swaine* (٢٠٠٤) بعنوان :- تعليم مهارات اللغة للأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق استخدام القصص الاجتماعية .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى توضيح فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تحسين المهارات اللفظية العملية لأثنين من أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع في مرحلة المدرسة ، وهل يستطيع هؤلاء الأطفال الاحتفاظ بالتأثيرات العلاجية التي تم تحقيقها .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من اثنين من الأطفال الذكور ذو اضطراب التوحد المرتفع في سن المدرسة ، وأحد عشر طفلاً من أقرانهم من نفس السن والجنس من ذوي النمو العادي .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تنمية مهارات المبادأة ومهارات الطلب ، ومهارات التعليق ، وقد تم ملاحظة ذلك أثناء التفاعلات الثنائية بين الأطفال التوحديين ، وأقرانهم ذوي النمو العادي .

(٧)**دراسة توبين ،ك** *Towbin,K,* (٢٠٠٣) بعنوان :- إستراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدى ، وزملة الأسبيرجير .

نتائج الدراسة :- توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عملية السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة ، والإدراك الاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية .

(٨)**دراسة:- تونج،وبيرتون،وآخرون** *Tong & Breton,et al* (٢٠٠٤) بعنوان :- قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي ، وتقييمه ومتابعته .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفلا وطفلة من الأطفال التوحديون وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقليا .

نتائج الدراسة :- توصلت إلى أن الأطفال التوحديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية .

(٩) **دراسة:-رومانو** *Romano* (٢٠٠٢) بعنوان :- هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذو اضطراب التوحد .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى فحص تأثيرات تدخل القصة

الاجتماعية على ثلاث سلوكيات مستهدفة هي التواصل غير الملائم والعدوان ، والمشاركة الاجتماعية غير الملائمة لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال من ذوي اضطراب التوحد ، تتراوح أعمارهم مابين (٤- ٨) سنوات .

نتائج الدراسة :- أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة (التواصل غير الملائم – العدوات – المشاركة الاجتماعية غير الملائمة) وذلك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

(١٠) **دراسة:-محمد شوقي عبد المنعم(٢٠٠٤)**بعنوان :- فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) .

هدف الدراسة:- تهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين(الأوتيزم) ، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد من حيث مفهومه وأسبابه وتشخيصه .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من ٥ أطفال) والأخرى ضابطة (تكونت من ٥ أطفال).

نتائج الدراسة :- أظهرت نتائج الدراسة فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهي مهارة الاستماع – التعرف – التحدث .

(١١) **دراسة:-هالة فؤاد كمال الدين(٢٠٠١)** بعنوان :- تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً مصاباً بأعراض التوحد ، تتراوح أعمارهم مابين (٣-٧) سنوات .

نتائج الدراسة :- توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين درجات المجموعات التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدي لصالح القياس البعدي في الجوانب التالية :-

- انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل التوحدي على قائمة السلوك التوحدي
- ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة ، وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي .
- انخفاض مستوى اضطراب التوحد الاجتماعي ، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل .
- انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل التوحدي لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهة التوحد ، وإنما استمرت المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى فئة الأطفال التوحديون .
- ارتفاع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية .

(١٢) **دراسة:-سهي أحمد أمين (٢٠٠١)** بعنوان :- مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- البرنامج العلاجي مخطط يستند على مبادئ وفنيات علاجية متعددة ، يتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية ، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدي بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي ، وهو برنامج يرتكز على العلاج السلوكي والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن ، والعلاج باللعب .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلا كعينة استطلاعية(١٠)أطفال كعينة تجريبية(٨-ذكور،٢إناث) ، تتراوح أعمارهم مابين (٨-١٢) سنة ،درجة الذكاء من(٥٠-٧٠).

نتائج الدراسة :- أظهرت النتائج تحسناً في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، واحتلت مهارة التقليد والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة .

(١٣)**دراســـة:-روفمان وآخرون** *Rufiman et al* (٢٠٠١) بعنوان :- الفهم الاجتماعي لدى التوحديون : نظرة العين كمقياس للإدراكات الجوهرية.

هدف الدراســـة:- تهدف الدراســـة إلى فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن مجموعة الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة ، وما إذا كان فهم الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية .

عينة الدراســـة:- تكونت عينة الدراســـة من (٢٨) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد ، ٢٣طفلاً من ذوي صعوبة التعلم المتوسطة .

نتائج الدراســـة :- توصــلت النتائج إلى أن نظرة العين أفضــل من الأداء اللفظي في تمييز الأطفال ذوي اضـــطراب التوحد عن الأطفال ذوي صــعوبة التعلم المتوســطة ، فالأطفال ذوو التوحد لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية ، ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصـــحيح في المهمـة غير الاجتمـاعيـة المحتملة.

كما أوضحت النتائج أنه داخل المجموعة التي تتضمن الأطفال من ذوي اضطراب التوحد فإن الأطفال الذين ينظرون أقل إلى الموقع الصحيح يعانون من خصـــائص التوحد الحادة ، كما أوضـــحت النتائج أنه بينما يرتبط الأداء اللفظي بـالقدرة اللغويـة العـامـة في مجموعـة التوحد فإن نظرة العين لا ترتبط بهذه القدرة .

(١٤)**دراســـة موري، س** *Mori,S(2001) :*-بعنوان :- دور الخبرة بهدف ذاتي في علاج طفل توحدي : من الرقود على الأرض إلى التحليق في الفضاء .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويداً رويداً من عزلته .

عينة الدراسة :- تمثلت عينة الدراسة في طفل ياباني يسمى *Moto* ( ) عمره في بداية العلاج أربع ســنوات ، وامتدت الدراســة إلى ســبع سنوات .

نتائج الدراسة :- بعد مرور فترة العلاج ظهر التحسن التدريجي على الطفل حيث كان شغوفاً بالذهاب إلى المدرسة ، وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته ، كما زاد تواصله مع الآخرين ، وخروجه من عزلته ، وتطورت حالته إلى الأفضل .

(١٥)**دراسة:- عمر بن الخطاب خليل(١٩٩٤)** بعنوان :- خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال ، خاصة في ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح – من وجهة نظر الباحث – في أساليب تشخيص هذا الاضطراب فضلاً عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحد ، أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابون بالتخلف العقلي في حين أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية (١٩٩٤) لا يصف التوحد تحت مسمى التخلف العقلي ، ولكن يصنفها تحت الاضطرابات السلوكية ، ومن ثم فهناك فروق واضحة بين التخلف العقلي واضطراب التوحد .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (١) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد ، عددهم (٢٥) طفلاً ، متوسط أعمارهم مابين (٢-٦) سنة (٢) مجموعة الأطفال الأسوياء ، عددهم (٢٥) طفلاً ، متوسط أعمارهم مابين (٢-٦) سنة .

نتائج الدراسة:- أوضحت الدراسة أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحد ، وكان الأطفال المصابين بالتوحد عصابين عند مقارنتهم بالأسوياء . وكان هذا معناه أن نعتبرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ، ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب .

(١٦) **دراسة:-لوف ستيفن** (Love,Steven,1994)بعنوان :- إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى إظهار التعبيرات الوجهية لدى الأطفال المصابون بالتوحد .

عينـة الدراســـة :- تكونت عينة الدراســة من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور ، تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٥) ســنة ، وهم مجموعة من الأطفال التوحديون ، ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، ومجموعة من الأطفال العاديين . وتمثلت الأدوات في مجموعة من التسجيلات الصوتية والمرئية تتضمن عواطف : السعادة – الحزن – الغضب – التقديس وقد اشتملت التسجيلات السمعية على المحتويات اللفظية ، وكان طول المادة اللفظية في التسلل العاطفي محدود بين (٤-١٠) كلمات .

نتائج الدراســة :- أوضحت نتائج الدراسة صعوبة إظهار الأطفال التوحديون للتعبيرات العاطفية الوجهية ، أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ، ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحديون.

(١٧)دراسة:-**حسنى إحسان حلواني(١٩٩٦)**بعنوان :- المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي اضـــطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية .

هدف الدراســة :- تهدف الدراســة إلى التوصــل لتشــخيص فارق للأطفال التوحديون قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة .

عينة الدراســة :- تكونت عينة الدراســة من (٢٧) طفلاً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٥) سنة وأيضاً (٢٧) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٣) سنة ، وتضمنت (٢٧) طفلاً من الأسوياء تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) سنوات .

نتائج الدراســة:- أسفرت نتائج الدراســة على أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة انخفاضـــا في مهاراتهم الاجتماعية بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة.

(١٨)دراسة:- **أيلين، شونزرتز**: *Schwartz, Ilene-s(1999)*

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تقييم ثلاثة حالات أطفال توحديون تلقوا خدمات تعليمية خاصــة في مدرســة حكومية تطبق نظام الدمج في برنامج الطفولة المبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة .

عينة الدراســـة :- تكونت عينة الدراســـة من الوثائق والســـجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة (وظائف الإدراك- السلوك الاجتماعي) من عمر (٤-٧) سنوات .

نتــائج الدراســـة :- أســـفرت نتائج الدراســـة عن نتيجة إيجابية في الوظـائف محـل الدراســـة ، كما حدث تقدم أكاديمي ، ودخل الثلاثة أطفال المدرسة الابتدائية وأستمر النجاح ، وخرج واحد منهم من التعليم الخاص وأشـار الباحثون إلى أن هناك العديد من الطرق والوسـائل التي تحقق نتائج إيجابية مع صغار الأطفال التوحديون .

(١٩)**دراســة:-ســهي عليوة(١٩٩٩)**بعنوان:- فعالية كل من برنامج إرشـادي وبرنـامج للتـدريـب على المهـارات الاجتمـاعيـة للتخفيف من أعراض التوحد .

هدف الدراســـة :- تهدف الدراســـة إلى التحقق من فعالية برنامجين إحداهما لتنمية المهارات الاجتماعية ، والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسـر أطفال التوحديون ، وذلك لتخفيف أعراض اضـطراب التوحد ومن هذه الأعراض القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي .

عينـــة الدراســـة :- تكونـت عينة الدراســـة من(١٦) طفلاً وطفلةً ذو اضـطراب توحدي منهم (١١) من الذكور ، (٥) من الإناث بمتوسط عمري ما بين (٨-١٠) سنوات ، ومتوسط ذكاء ما بين (٨١-٥٨) .

نتائج الدراســة :- توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج الدراسة (المهارات الاجتماعية – الإرشـاد الأسـرى) في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد .

(٢٠)**دراسة:-هـــــ، فليوبرج:** *Fluberg,H* (٢٠٠١) بعنوان :- أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم .

هدف الدراســـة :- تهدف الدراســـة إلى المقارنة بين مجموعة من الأطفـال التوحـديون ، ومجموعـة من الأطفـال المتخلفين عقليـاً من ذوي زملة داون وذلك في مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال توحديون ،(٦) أطفال متخلفين عقلياً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالةً إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه ، والتعبير عن العمليات الإدراكية والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحابا من المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي ، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من التخلفين عقلياً .

المحور الثالث:-

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين .

(١)**دراسة**:- *(Kanareff Rita Lain,2002)* بعنوان :- برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (٣) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة.

نتائج الدراسة:- أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديون أظهروا تحسن في مهاراتهم الاجتماعية وتطور في علاقتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال .

(٢)**دراسة**:-**فهد بن سليمان الفهيد**(٢٠٠٧) بعنوان:- دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى توضيح الدور الذي يقوم به العلاج بالفن في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري من خلال الرسم والتصوير والتشكيل المجسم ، والخيال الموجه والصور الذهنية والعلاج الترويحي الفني وكذلك عرض بعض إستراتيجيات العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري ، وكذلك كشف المشكلات الانفعالية التي يعاني منها المصابون بأمراض العمود الفقري من خلال العينة وكيفية التعامل معها بالفن التشكيلي .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من المصابين بالعمود الفقري تمت متابعتها بمستشفي التأهيل الطبي .
نتائج الدراسة :- عرض الكاتب من خلال النتائج الإستراتيجية التي تستخدم في وحدة العلاج بالفن ، وذكر عدد من التوصيات أهمها القيام بدراسة مماثلة موسعة من حيث عدد العينة لتكشف الإستراتيجيات المستعملة في مجال العلاج بالفن التشكيلي .
(٣) دراسة:-(١٩٩١) *Karnerick Thelamz* بعنوان :- برنامج علاجي بالفن لطفل توحدي .
هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تحسين مستوى الاتصال عند الطفل ومستوى القلق ، وزيادة إقباله على النشاطات والحياة الاجتماعية ، وتحسين مستوى تقديره لذاته ، وتحسين قدرته على التآزر الحركي البصري .
أدوات الدراسة :- اشتملت أدوات الدراسة على البرنامج الذي اشتمل على نشاطات الرسم بأقلام فلوماستر ، ألوان مائية على الورق ، وعمل دمى وعرائس وغيرها من الأعمال الفنية ، كما تم تشجيع الأم على المشاركة في البرنامج العلاجي بعد تثقيفها لبعض التوجيهات الإرشادية في أساليب المعالجة .
نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه بعد ثلاثة أشهر من العلاج بالفن تناقصت حدة غضب الطفل وتوتره بوضوح ، حيث زودته العملية الفنية بوسائل لبناء علاقات مستقرة مع المعالجة ، وأيضاً تخلص من الخبط العشوائي لذراعيه ويديه يبعضهما ، وإقلاعه عن إحداث أصوات غريبة ، وتحسن اتصاله بمن حوله ، كما أثبتت برامج العلاج بالفن فعاليتها للطفل من خلال تنمية مهاراته في استخدام الأدوات الفنية ، وتمكينه من التعبير عن العلم الداخلي وبيئته المحيطة ، وعن أشياء لم يكن يستطيع التعبير عنها بالكلام .
(٤) **دراسة**:- *(Hawie et al, 2002)* بعنوان :- إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يُصرعون وقع هجمات ١١ سبتمبر .

هدف الدراسة :- هدفت الدراسة إلى منح الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم في أحداث الحادي عشر من سبتمبر ، بيئة مدعمة وفرصة ليعبروا عن هذا الحدث بالطرق الفنية .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من أطفال تراوحت أعمارهم ما بين سن الطفولة والمراهقة .

أدوات الدراسة :- تولت هيئة الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين مهمة تقديم الخدمات لهم ، وكانت مجموعة العلاج بالفن ذات نهايات مفتوحة وبدون تقديم موضوعات محددة .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة على أن العلاج بالفن ساعد الأطفال والمعالجين على توفير بيئة آمنة يستطيعون فيها توضيح مخاوفهم واهتماماتهم وذلك عن طريق الأعمال الفنية التي قاموا بعملها أثناء عملية العلاج بالفن . فأظهر بعض الأطفال تخيل وتنفيذ أبطال منقذين ، والبعض الآخر وجه العزاء والسلوان بينما أظهر البعض منهم مخاوفهم ولم يستطيعوا إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك .

(٥)**دراسة:-فالنتينا وديع الصايغ(٢٠٠١)بعنوان :-** فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن ٩- ١٢ سنة.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى الكشف عن مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الصم ، والكشف عن مدى فاعلية برنامج من الأنشطة الفنية الفردية والجماعية لتخفيض حدة السلوك العدواني لدى الصم .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٩- ١٢ سنة من مدرسة الأمل بالمطرية وفي مستوى ذكاء متوسط .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني للأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة .

(٦)**دراســة:-عوض بن مبارك اليامى(٢٠٠٤)بعنوان** :- الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي .

هدف الدراســـة:- تهدف الدراســـة إلى توضـــيح دور الفن في العلاج وتوضيح الأساليب الحديثة المختلفة التي ابتدعت في ميدان العلاج بالفن وأيضاً تأكيد الحاجة إلى العلاج بالفن في بيئاتنا المحلية وتوضيح عملي تجريبي لكيفية العلاج بالفن من خلال عرض لحالتين .

عينة الدراســـة :- تكونت عينة الدراســـة من حالتين قام بمتابعتهما في عيادته الخاصة .

نتائج الدراســـة :- أســفرت نتائج الدراســـة على أن العلاج بالفن لا يقتصر على الأساليب الإسقاطية ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكوديناميية للرموز الفنية.

(٧)**دراســة:-حنان حسن نشأت(١٩٩٤)** بعنوان:- أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية من مرضى التخلف العقلي .

هدف الدراســـة:- تهدف الدراســـة إلى تعديل المظاهر الســلوكية لدى الأطفال ذو التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي .

عينة الدراســة :- تكونت عينة الدراسة من ٢٥ طفلاً ذكور وإناث من مدارس النصــر ، ومدرســة الرعاية الفكرية ، ومدرســة التربية الفكرية وتراوحت أعمارهم ما بين ٦- ١٥ ســنة ، ومســتوى ذكاء ما بين ٣٥- ٧٠ درجة .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تعديل في السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تســـمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية .

(٨)**دراســة:- ســحر حلمي غانم(٢٠٠٤)** بعنوان :- دراســة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضـــية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي .

عينة الدراســـة:- تكونت عينة الدراســـة من (٢٠) تلميذاً وتلميذةً تتراوح أعمارهم ما بين ٨- ١٠ ســـنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج بالفن لعلاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي من الجنسين (ذكوراً وإناثاً) ، وكذلك الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة متابعة مدتها ٣ أشهر على الأقل من انتهاء البرنامج العلاجي .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن تحقيق فروض الدراسة وتمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

(٩)**دراسة**:-(٢٠٠١) *KozlowskaHanny* بعنوان :- العلاج بالفن الجماعي مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى علاج (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين ٤- ٨ سنوات.

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة على أن استخدام العلاج بالفن قد سهل تعرض الأطفال لسبب الصدمة بأسلوب أقل مباشرة وسمح في التقليل من حدة القلق والأحاسيس الجسدية .

(١٠) **دراسة**:- *(Henley–David–R,2002)* بعنوان :- نعم في التذكر : تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن علاجها .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال في مستوى عمر (٨) سنوات لديهم اضطراب توحد وزيادة في النشاط وتشتت في الانتباه .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في العلاقات الأسرية بين هؤلاء الأطفال وبين أسرهم .

(١١)**دراسة:-** *(emeryMelindaJ ,2004)* بعنوان:- العلاج بالفن للأطفال التوحديين .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تنمية قدرات الأطفال التوحديين على التواصل من خلال مناقشة رسوماتهم .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ (٦) سنوات مصاب بمرض التوحد .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة إلى زيادة قدرات الطفل على التواصل من خلال تقدمه في الرسم الذي عبر من خلاله عن تقدم في أوضاع الثبات لديه.

(١٢)**دراسة:-** *(Marten – Necol, 2008)* بعنوان :- تقييم الوحدات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة:- تهدف الدراسة إلى إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون من خلال رسوماتهم .

عينة الدراسة:- تكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلاً من المصابين بالتوحد ، (١٥) طفلاً من المصابين باضطراب عصبي قاموا جميعاً برسم لوحات .

نتائج الدراسة :- أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحديون كانوا أكثر مشاركة وتخاطب بالعلاج بالفن عن نظرائهم الذين يعانون من اضطرابات عصبية مما يتناقض مع توصيفهم بالانعزالية ، فكان استخدام الرسم بناء ناجح ووسيلة ملموسة للدخول في علاقات تحمل في طياتها إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون .

(١٣)**دراسة:-** *(Gabrrelis,Robinl,2003)* بعنوان :- العلاج بالفن للأطفال التوحديون وعائلاتهم .

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديون على النمو والتطور ، واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارة الرسم .

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحســية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديون ، وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين ، وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي ، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف للأطفال التوحديون مع أقرانهم ، كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصــول إلى أفضــل صــيغة للتعامل مع الطفل التوحدي .

الفصل الرابع

علاج التوحد

يعد التوحد أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم ، وإن هذه الاضطرابات تؤثر في كل أنماط النمو بشكل خطير .

ولذلك اختلفت الآراء حول إمكانية تقديم العلاج للأطفال التوحديين حيث تحتاج لأساليب وطرق متباينة بتباين الحالات وصعوبة تشخيصها ، ولذلك فقد تحتاج تلك الفئة لعناية خاصة ومتدربين على العمل معهم ورعايتهم ومشاركة الآباء والأمهات في سبل تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأطفال مع مراعاة الآتي :-

- العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين .
- محاولة إقامة نظام الدمج وتطبيقه مع العاديين لهؤلاء الأطفال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء .
- التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر .
- التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها .
- تنمية الاتجاه الإيجابي نحوهم من قبل الآباء والأمهات والمشرفين والمحيطين بهم .
- عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم .
- إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها .
- التدريب على التقليد والمحاكاة .
- التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله .
- التدريب على التخاطب باستخدام الكمبيوتر والتسجيل الصوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية .
- التربية الحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وغير الضارة وخصوصاً حاسة اللمس والشم .
- تحول النظرة المستقبلية للإيجابية بمن يحيطون بالطفل .
- زيادة التواصل بإلحاح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صورة اللفظية والوجدانية والإشارية .

وتهدف الفنيات العلاجية مع الطفل الأوتيزمى إلى :-

- معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم في المنزل .
- دفع الطفل إلى اكتساب مزيد من المهارات اللغوية والاجتماعية في محاولة لتعديل سلوكه .
- إخراج الطفل التوحدي من التقوقع الذاتي والانغماس في العالم الخارجي باستخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تؤدى إلى كسر حاجز العزلة .

كما تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من أثار هذا الاضطراب .

كما أنه من الأساليب العلاجية المتبعة في التخفيف من حدة آثار هذا الاضطراب ، منها ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية ، وهناك أيضاً تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية.

كما أن هناك طرق لعلاج الأطفال المصابين بالتوحد منها (طريقة لوفاس – طريقة تيتش – طريقة فاست فورورد) .

أولاً :-العلاج النفسي:- *Psycho Therapy*

هو الأسلوب السائد ، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أُمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية ، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما وأن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات (إبراهيم القريوتى ، حاتم البستامى ١٩٩٥: ٣٧٤- ٣٧٥) .

ويتفق كل من (عبد الرحمن سليمان : ٢٠٠١: ١٤٢) ، (عبد الرحيم بخيت ١٩٩٩: ٢٣٨) ، (رشاد موسى : ٢٠٠٢: ٤١٠) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أُم الطفل المصاب بالتوحد ، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفء اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج .

ويشير (عبد الرحمن سليمان ،١٩٩٩: ٩٢) إلى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

في الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفاهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .
وفي الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفي وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية .

وتشير (هالة فؤاد : ٢٠٠١: ٧١) إلى أن القائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه ، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به .

ثانياً:- العلاج السلوكي *Behavior Therapy*

يتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: أ: ٥٤- ٥٥) ،(محمود حمودة ١٩٩٨) (رشاد موسى ٢٠٠٢: ٤١٠) على أن العلاج السلوكي يعد من أفضل طرق العلاجات المتقدمة للطفل التوحدي من حيث تعديل سلوك الطفل التوحدي حيث يوضع أثناء العلاج في فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة .

وترى (نيفين زيور، ١٩٨٨: ٨٨: ١٠١) أن العلاج السلوكي أفضل من العلاج النفسي والتي أوضح فاعليته في علاج التوحد ، حيث يعتمد على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقا من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يعلم سلوك جديد ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة .

كما تشير عزة ممدوح (١٩٩٧: ٢٧) ، محمد محروس الشناوي (١٩٩٧: ٣٤٦) إلى أن مبدأ العقاب يمكن أن يكون له دور في العلاج ، وقد يكون هذا العقاب تلقائياً وذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موفق عليه ، ويجب أن يكون العقاب مناسباً لسلوك الطفل حيث أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوي ويضعف آداؤه.

ويشـــير رمضـــان القذافي (١٩٩٤: ١٦٦- ١٦٧) إلى أن فكرة تعديل السلوك تقوم على أسلوب المكافأة حيث يتم مكافأة الطفل التوحدي على السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى ، وذلك من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل .

ويوضـح (رمضـان القذافي ،١٩٩٣: ١٦٦- ١٦٧) أنه لضـمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم فإنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية :-

- تحديد الهدف : إذ لابد من العمل على اختيار الســـلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدود واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشـــاركة الآخرين في اللعب أو نطق كلمة معينة أو القيام بســـلوك حركي معين .
- ســهولة التعليمات ومناســبتها للطفل :حيث يتم توجيه التعليمات بشــكل ســـهل لا يحتمل ازدواج المهمة ، كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدي إلى صـــعوبـة المتـابعة والأمثلة التالية تعطينا مثالاً كما يجب أن يكون (ارفع يديك – امسك القلم – أنظر لأعلى – المس اللون الأحمر ..إلخ .
- حث الطفل على الاســـتجابة : وذلك عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته من خبرات الطفل الحاضـــرة إذ قد لا يســـتجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .
- عملية تشـكيل السـلوك : عن طريق تقسـيم الهدف إلى وحدات صـغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف ، فـإن كـان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً وأن الطفل قام بنطق الحرف " ب " في المرة الأولى ثم نطق "با " في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها .
- نوعية المكافأة : من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلاً تقبيل الطفل أو ضـــمه أو احتضـــانه حيث تنجح المكافأة المعنوية أكثر مع هؤلاء الأطفال .

كما أنه لابد من تنوع المكافآت لكي لا يصـبح الطفل مشـبعاً بنوع واحد ويجب تنويع المكافأة طبقاً لصـــعوبة العمل *(Eiketh,Smith,T,1997,107: 133)* ويتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: ب: ٩٩) ، لويس كامل مليكه (١٩٩٨: ٢٨٦) على أن المعززات يجب اســـتخدامها عندما يقوم الطفل بالاســـتجابة الصـــحيحة وذلك تكون بمثابة المكافأة ، وتؤكد دراســـة دونلاب

وفوكس (١٩٩٩) *Dunlap&Fox* ، *(M,et al 1999 whelan)* ، وحياة المؤيد (١٩٩٦: ٤١) أن هناك طرق وأنواع للإثابة على السلوك الذي يقوم به الطفل وذلك عن طريق المداعبة والتصـــفيق والمكافأة الرمزية مثل إعطاء الطفل النجوم وهذا يؤكد على إن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنوع المكافآت يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل .

والواقع أن بعض أشـــكال العلاج باللعب التي تصــــور اللعب على أنه وسـيلة لإعادة توجيه الطفل وإعادة تعليمه ، قد أدت إلى نفس القدر من النتائج التي يؤدى إليها المران أو الممارسـة : أي أن تشكيل السلوك التلقائي بواسطة تنظيم المعـالج لمـا يقدمـه من تـدعيمـات تتوقف على حـدوث هذا الســـلوك . وينطوي اللعب مع الطفل على عملية مستمرة من استجابات الشخص الكبير لما يفعلـه الطفل ســـواء كان ذلك اللعب في شــــكل اللعب الإيهامي أو العاب الـدومينو . ويقوم اللعـب مع الأطفـال وملازمتهم بتـأثير فعـال بـاعتبـاره من المدعمات . ومع ذلك فينبغي في العلاج السـلوكي أن يتم تنظيم التدعيمات من قبل .

ثالثاً :- العلاج الطبي (الدوائي) *Medical Intervention*

يشـــير (محمد قاســم عبد الله : ٢٠٠١: ١٩٣) إلى أن العلاج الدوائي يسـتخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصـبية التي تقف خلف السـلوك الشـــاذ وبـالرغم من أن البحوث الحديثـة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسـبب التوحد إلاّ أن الكثير من الاتجاهات المباشـرة وغير المباشـرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضــــطراب التوحدي ومع أنه لا يوجد دواء واحد ويحـذر (مـاوك) للتوحـد فيجـب أن يتكـامـل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنـامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض .

ويشير (رشاد على موسى : ٢٠٠٢: ٤٠٩-٤١٠) إلى أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهي :-

- الهالوبيريدول *Haloperidol* يفيد في خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية التكرارية .
- الفينفلورمان *Fenphloaromane* يعمل على خفض نسـبة السـيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب ، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية
- نالتركســون *Naltrexane* يســاعد على خفض العدوان وســلوك إيذاء الذات .

- كلوميبرامين *Clominpryamina* يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ، ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال التوحديون .

وتشير فضيلة الراوي ، أيمن البلثة (١٩٩٩) إلى أنه بسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد ، فإنه لا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية ويمكن أن تستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب مثل عقار الهالوبيريدول *Haloperidol* ، ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد ، ويتفق مع هذا الرأي كل من (محمود حمودة : ١٩٩١:٨٣) ، (رشاد موسى : ٢٠٠٢: ٤٠٩) ،(عثمان فراج : ٢٠٠٢: ب)

ويرى محمد قاسم (٢٠٠١) أنه ثبت فاعلية المهدءات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد ، وإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحرضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائِها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد .

وقد افترض (لويس كامل مليكة : ١٩٩٨: ٨٨) أن إعطاء عقار *L_doda* سوف ينقص مستويات السيرتونين وإن ذلك سوف يرتبط بنقص في الأعراض السلوكية بينما إعطاء مضاد قوى للدماين *Antagogonist* هو *(holdol,mcneil pharmaceutical haloperidol)* يؤدى إلى نقص دال في الإعراض السلوكية وسرعة دالة في التعليم داخل المعمل .

ويحذر (ماوك) *Mauk,J,1991* من استخدام الهلوبيريدول ويتفق معه كل من (جوزيف أيزو، روبرت زابل ١٩٩٩.أ: ٣٤٦: ٣٤٧) ، (عثمان فراج ٢٠٠٢: ٨٣) ربما يؤدى إلى حدوث مضاعفات تنتج عند استخدامه لفترة طويلة يؤدى إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلاَّ بموافقة الطبيب المختص والإلتزام التام بتعليماته من حيث العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة .

رابعاً :- العلاج بالموسيقى *Music thevapy*

يشير(عمر بن الخطاب ٢٠٠١: ٤٨-٤٩) إلى أنه من الملاحظات المتعددة ثبت أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية للموسيقى ، فبعضهم لديهم إيقاعات مفضلة ، وآخرون منهم يستطيعون العزف على الآلات

الموســـيقية بمهارة وعادة بعمل المعالجة الموســـيقية ، وبعض الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية لأصوات معينة مثال "كان صبى بعد ما يلعب الأكســيليفون يقوم بغناء الســلســلة الهيكلية الدقيقة ثم يربط الأصــوات بالحروف الساكنة للنغمات وبدأ الصبي إصدار أصوات الحروف الساكنة والمتحركة في عملية اللعب الصوتي .

تعتبر الموســـيقى من المؤثرات القوية والفعالة التي تؤثر في جميع الأفراد ســواء كانوا رجالاً أو نســاءً أو أطفالاً أو مراهقين أو راشــدين لأنها تخاطب المشــاعر والانفعالات وتعتبر من أكثر قنوات التواصــل اتســاعا للوصــول للأطفال المصــابين بالتوحد وذلك بســبب مشــكلاتهم في الاتصــال بالآخرين .

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٨:أ :١٤٧) إلى أن العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحديين شــكل من أشــكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .

كما يرى ميرا (١٩٩٩) ، نهلة غندور (٢٠٠٠) أن العلاج بالموســيقى يساعد الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه ، والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقى .

ويرى صــابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٩٢،ج ٥) أن الموســيقى تســتخدم كعلاج إضــافي للعلاج الطبي النفســي والتأهيل،برنامج العلاج بالموســيقى يتم تحت توجيه المعالج المتخصــص ، ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات الطفل ، وتمثل الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي .

ويشير كل من سنيل (*snell(1996)* ، وادجرتون *Edgerton(1994)* ، وتاوت *Thaut(1992)* إلى أن العلاج بالموســيقى يعتبر نمطاً علاجياً على درجة كبيرة من الأهمية لهؤلاء الأطفال وأن هناك العديد من الحقائق التي ترتبط باستخدام الموسيقى مع هؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تجعل هذا الأسلوب العلاجي من أهم وأنجح التدخلات المختلفة التي يتم استخدامها معهم .

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي :-

- العلاج بالموســيقى ينمى ويطور المهارات الاجتماعية، الانفعالية، الإدراكية التعليمية، والإدراك الحسي .

- الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين .
- اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل التوحدي ينمى الانتباه إليه .
- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً .
- يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقى *(Mayra,1999)*

ومن خلال ذلك نلاحظ أن العلاج بالموسيقى يستخدم في مجالات عديدة مع أطفال التوحد وذلك لتنمية الكثير من مهاراتهم (مهارات الاتصال – مهارات سلوكية – مهارات اجتماعية – مهارات معرفية) ، وأيضاً لتعديل سلوكيات كثيرة وتعتبر الموسيقى وسيطاً ناجحاً في العلاج لأن كل شخص سواء عادى أو غير عادى يستجيب على الأقل لبعض من أنواع الموسيقى ، وأيضاً العلاج بالموسيقى لهُ فاعلية خاصة في تنمية وعلاج الحديث اللغوي وفي تنمية وعلاج النقص الملحوظ في القدرة على التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد فيما يتضمن حديثهم المعبر الذي قد يكون غير موجود أو غير ممكن لشخص يمكن أن تتراوح مقدرته على الحديث بين الصمت إلى الصراخ التام أو الصياح أو الأصوات الغريبة أو الهمهمة .

خامساً :- العلاج باللعب *(Play Therapy)*

دائماً اللعب ما يخرج الكثير من الانفعالات والصراعات التي عادة ما تكون داخل الطفل التوحدي وتعمل على توتره .

وقد استخدمت هرمين هج هلموث *Hermine Hug Hellmuth* من أتباع فرويد، اللعب في علاج الأطفال المضطربين انفعاليا بغرض ملاحظتهم وفهمهم ويتمثل علاجها الحقيقي في محاولة التأثير على سلوكهم تأثيراً مباشراً بنفس القدر الذي يستطيعه أحد الوالدين أو المدرس .

وبعض المعالجين لا يستخدمون اللعب إلا لمجرد التواصل مع الطفل المريض لما يمكن أن يخلق من موضوعات للكلام ومواقف اجتماعية . والبعض الآخر منهم يقيد الطفل بعدد قليل من الدمى ويشجعه على إعادة القيام بمشاهد معينة يعرف أو يفترض أنها كانت تمثل صدمة بالنسبة له .

وذلـك لتخفيف مخـاوف الطفـل منهـا بســـرعـة . ولـذلـك يؤكـد (Taft&Allen) على أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمســاعدة لأن يجد نفســه من خلال علاقته بالمعالج ، حيث تعتبر ســاعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل ، فقد يدرك الطفل تدريجياً كيانه الشـخصــي المسـتقل ، ويدرك ماله من قدرات خاصة به (سهير محمود أمين: ٢٠٠٠، ١٠٨) .

وتؤكد دراســة صـبحي عبد الفتاح (١٩٩٢: ٧٥) ، دراســة عزة عبد الفتاح (١٩٩٠: ١٥) ، دراسة سميرة جعفر (١٩٩٢: ٦٥) على تأثير اللعب على تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

ويشــير محمد الفوزان (٢٠٠٠: أ:١١٤) إلى أن اللعاب الطفل التوحدي يجب أن تحتوى على مثيرات سمعية وبصرية ملموسة ، ومثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدي لديه اضـطرابات سـلوكية ، لذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات لديه .

سادساً :- العلاج بالقرآن الكريم

يشــــير (محمود على محمد: ٢٠٠٤)إلى أنـه عنـدمـا كان يعمل في أحد المراكز المتخصـصــة في التربية الخاصــة ، وكان يظهر على أطفال التوحد علامات الصراخ والنوم على الأرض وغيرها من تلك الصفات فكان يحرص على قراءة القرآن معهم بعد انتهاء البرنامج ، فيلاحظ صوراً جميلةً من هؤلاء الأطفال فـأحدهم يداعب يديه ويبتســـم في وجهه ، وهذا مـا أكدته البحوث والدراسات في هولندا .

سابعاً :- العلاج بالحياة اليومية

يشير (إسماعيل محمد بدر: ١٩٩٧: ٧٢٦-٧٥٦) إلى أن برنـامج العلاج بالحياة اليومية يعتمد على خمسة مبادئ أساسية هي :-

- التعلم الموجه للمجموعة .
- التعـامـل مع الأطفال التوحديين في فصـــل دراســـي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم .
- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة .
- يعتمد البرنـامج على تـدريب الأطفال للاعتماد على أنفســـهم في جميع شئون حياتهم .
- تقليل مستويات النشاط غير الهادف .
- كمـا تمثل التربية الرياضـــية دعامة أســـاســـية في البرنـامج حيث أن التمرينات الرياضـية تؤدى إلى التقليل من مشـاعر القلق وتقليل مشـاعر

الميل العدواني وتؤهل الطفل إلى تعديل سـلوكه للمؤثرات الخارجية ، وتقلل فترات الأرق وتساعده على السيطرة على القوة الجسمية .

ثامناً :- العلاج بالإبصار

يشـير (عمر بن الخطاب :٢٠٠١: ٥٥-٥٧) إلى أن العلاج بالإبصـار هم عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصـرية حتى تعمل بأقصـى كفاءة وذلك للحصول على تناسق واستقبال بصري أفضل ، والعلاج بالإبصـار قد يصـحح أو يحسـن ظروف أداء الارتباط الشـرطي الوظيفي التي إذا لم تعالج تستمر في تعطيل عملية النمو والتعلم ، أحياناً يحدث التغيير بسرعة وبطريقة ملحوظة وفي أكثر الأحيان يكون من النكوص وهذا مألوف في تطور النمو الطبيعي ، وقد قرر كثير من الآباء حدوث إيجابية العلاج البصري.

تاسعاً :- العلاج بالتمرينات البدنية

قرر *(Rimland 1988)* أن الإثارة العقلية النشطة لعدة ساعات يومياً يمكن أن تصلح الشبكة العصبية التي لا تعمل وظيفياً ، وأن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على المشـكلات السـلوكية حيث أن ٤٨% من ١٢٨٦ من الآباء قد قرروا تحسـينات ناتجة عن التمارين الرياضـية ، حيث لاحظ الآباء نقص في السـلوك النمطي وفرط الحركة واضـطراب النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات كما أنه يحسـن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية .

(١٠) العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات

تشـير (إلهامي عبد العزيز إمام: ١٩٩٩: ٧١ -٧٢) إلى أن *(Rimland,1996)* قدم تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الذاتية منها الغذاء وخاصـة جرعة كبيرة من فيتامين (ب٦) والماغنسـيوم ، وعلاج حساسيات الطعام ، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعي ، كما لوحظ أيضـاً أن حوالي من ٤٠-٥٠ % من الآباء الذين أزالوا اللبن والقمح والسكر من غذاء الأطفال شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ، حيث يعتقد أن هذه البروتينات قد تؤدى إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحويلها إلى أحماض أمينيه ، وهذه البروتينات هي الجلوتين *glutin* مثل القمح والشعير والكازين .

(١١) العلاج بالمعايشة

يشـير (سـامي بن جمعة : ١٩٩٣: ١١٩) إلى العلاج بالمعايشـة يكون عبارة عن برامج مبنية على توجه مجتمعي تشمل جماعة منزلية أو شقق يتم الإشـراف عليها أو نماذج لمزارع قروية أو مؤسسـات إيواء تتيح للتوحديين إمكانية المعايشة في المجتمع.

(١٢) العلاج البيئي :

يشـير (عثمان فراج: ١٩٩٥: ٦) إلى أن العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة كما يشير إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفي باعتبارها مجتمعنا العلاجي ، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يسـاعد في الوصـول إلى الشـفاء ، كما يتضـمن العلاج البيئي تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة .

(١٣) العلاج باستخدام الحيوان:

توجد إدعاءات بأن تحسـنات في السـلوك تحدث بعد التعرض للعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة حيث أظهرت بعض التقارير التقييمية لهذا المدخل من العلاج ، تشـير إلى أن السـباحة مع الدولفين قد تكون مسـاعداً لبعض الأطفال بشكل عام ، كما أشارت بعض التقارير أن الخلط بين العلاج باستخدام الحيوان ومشاركة الرفاق قد يكون معتدلاً .

(١٤) العلاج بالفن:

تُعرف الرابطة الأمريكية العلاج بالفن بأنه الاسـتعمال العلاجي للإنتاج الفني وفي حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صـدمة أو مصاعب في الحياة ، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ، ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يسـتطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية والضغوط التي تنتابهم والصـدمات التي يمرون بها ، فيحسـنون من قدراتهم المعرفية ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن *(ARTA,2004)* .

وتشـير فالنتينا الصـايغ (٢٠٠١: ٨١) إلى أن فنون الأطفال لها أهمية كبيرة في تعامل شـخصـية الطفل وأُسـلوب بنائها من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعقلية ، لأنها تعتبر شـكل من أشـكال الأداء النفسـي وله

خصـائص متعددة سـواء في المجال المعرفي أو المزاجي والوجداني حيث أن الطفل يعبر أثناء الرســم عن كل ما بداخله فهو يعبر عن انفعالاته ليعكس أفراحه وما يشعر به من إحساس بالعجز أو الدونية .

وترى مها أبو العز(٢٠٠٦: ٤١) أن العلاج بالفن يســتهدف مســاعدة الأطفال على إعادة بناء الطرق التي يتصـــورون بها حياتهم ويعيشـــونها ويدركونها وانتشالهم من حالات العدوانية ، والتمركز حول ذواتهم وما شابه ذلك ، إلى حالات أخرى تسودها مشاعر الحب ، والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو ، والإعجاب بالحياة والإقبال عليها والإحســاس بالتوازن والســلام الداخلي .

وتشـير (عفاف فراج ، نهي حسـن ،٢٠٠٤) إلى أن الأهداف الخاصـة لعملية العلاج بالفن تختلف تبعاً لاختلاف نوعية المشــكلة التي يعانى منها المريض المقدم للعلاج بالفن حيث يشـــير "ليفيك١٩٨١" إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى :-

- تقديم خبرة تنفســية من خلال اســتخدام الفن كمتنفس عن المشــاعر والخبرات الداخلية .
- تقوية الأنا ، وذلك عن طريق تحرير الطاقة النفسية التي سبق استنفاذها في عملية الكبت ، من خلال التنفيس عن هذه المكبوتات في العمل الفني وعودة هذه الطاقة النفســية مرة أُخرى إلى الأنا ، الأمر الذي يؤدى إلى دعم الأنا وتقويتها .
- تقليل الشعور بالذنب .
- تنمية القدرة على التكامل والتواصل .

وتتفق سـحر غانم (٢٠٠٤) ، فهد الفهيد (٢٠٠٧) على أن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصــر العلاج النفســي والعمل الإبداعي عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية ، ويستطيع المريض من خلالها التعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني .

تعد " مرجريت نومبيريج *M,noumbirig* من أوائل العاملين في مجال العلاج بالفن ، وكانت قد أســســت مدرســة للأطفال في عام ١٩١٤ عرفت بمدرســة *walden* واعتنت فيها بتطوير أســاليب تعليمية جديدة ، كما عنيت بدراســة الرموز من خلال الفنون البدائية ، وبدأت منذ الأربعينات في وضــع اللبنات الأولى للعلاج بالفن من خلال ممارستها المهنية وكتاباتها المنتظمة عن

علاقة التعبير الفني بمشكلات السلوك لدى الأطفال.

يشـــير (عبد المطلب أمين القريطى : ١٩٩٥: ٢٤٢) إلى ما تناولته (مرجريت نومبيرج) *Noumbirig* في العلاج بالفن على أنه يعتمد في طرقه وأساليبه على ما يلي :-

- السماح للمواد اللاشعورية بالتعبير التلقائي من خلال الوسائط والمواد الفنية .
- تطور العلاقة الوثيقة بين العميل والمعالج .
- تشجيع عملية التداعي الحر باستخلاص البيانات والتحليلات والتفسيرات من خلال التصميمات والرموز الناتجة والتي تشمل شكلاً من أشكال التواصل أو الكلام الرمزي *Symbolic speehs* بين العميل والمعالج .
- تؤكد (نومبيرج) أن الناس عندما يعبرون عن مشاعرهم بالرسم يكونوا أقل حذراً وتحفظاً وأكثر انسيابية في طرد هذه المشاعر عندهم .

ويضـــيف عبد المطلب القريطى(١٩٩٥) :إلى أن العلاج بالفن وســيلة لإسقاط مخاوف الفرد ومشاعره وإدراكاته واتجاهاته كما أنه وسيلة للتنفيس عن الضغوط والتوترات والمواد اللاشعورية المختزنة مما قد يعجز الفرد عن الإفضـــاء بها بالطرق المعتادة كاللغة اللفظية وأن المعالجين بالفن يهتمون بالتعبير الرمزي الذي يعكس دوافع وصـــراعات المريض ومشـــاعره الكامنة والتي لا يتاح التعبير عنها إلاَّ من خلال مثل هذه المدلولات الرمزية والتي يمكن أن يفسرها المعالج ويشجع صاحب النشاط الفني أن يفهم ويسعى بنفسه لمدلولات هذا التعبير ، ولكشف كينونته .

ويرى كرامر *Kramer(1973)* أن العلاج بالفن يقوم على اســـتخدام الأنشطة الفنية التشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية نفسية عن طريق استخدام الوسائط والمواد الفنية الممكنة في أنشـــطة فردية وجماعية ، ومفيدة أو حرة وذلك وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته .

ويشـــير *(Gardener James: 1974)* إلى أن العلاج بالفن يســـاعد المريض على فهم مشـــاعر الذنب وديناميات الكبت ، لأن أفكار الإنســـان في اللاشعور قد يعبر عنها في صورة فنية "فيحدث اتصال مباشر رمزي بين تلك التعبيرات الفنية والمشاعر الأساسية تجاه الموضوع الفني داخل النفس ، لأن إســـقاط الصـــورة الداخلية في رســـوم خارجية تؤدى إلى بلورة وتثبيت الخيالات والأحلام في ســـجل مصـــور ثابت يعين المريض على الملاحظة

الموضـــوعية للتغيرات التي تحدث خلال عمليـة العلاج الفني ومن ثم يزداد احتمال أن يحقق العلاج بالفن التقدم بسرعة كبيرة .

ويشـــير مصـــطفي حســـن(١٩٩٧: ٣٤٠)إلى أهميـة العلاج بـالفن في النقاط الآتية :-

- أن العلاج بـالفن وســـيلة لإشـــباع الحاجات بالنســـبة للمريض ، فكل الحاجات تناسب الأطفال المعوقين بوجه عام .
- أن العلاج بالفن يســاعد الطفل على ســلوك بناء الميكانيزمات الدفاعية وأيضاً تعلم دفاعات جديدة .
- يسـاعد العلاج بالفن على غرس وتنمية الخصـائص والأنماط السـلوكية اللازمـة للتفـاعل وبنـاء علاقـات اجتمـاعيـة مع الآخرين وتحقيق توافق اجتماعي وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة .
- تظهر أهمية العلاج بالفن في الحالات التي لا تستطيع التعبير عن نفسها لفظياً .

ويشير لويس كامل مليكة (١٩٩٠: ٢١٦: ٢١٧) في القاعدة الأساسية في العلاج بالفن إلى أن إسقاط الصـور الداخلية وتجسيدها في رسوم خارجية من شــأنه أن يؤدى إلى بلورة التخيلات والأحلام وتثبيتها في سـجل مصـور ثابت يعين المريض على التحرر من قبضـــة الصـــراع ، والنظر في مشــكلته بموضــوعية متزايدة وعلى ملاحظة التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج بالفن ، وإدراكها بصورة موضوعية ، ومن ثم أيضاً تقسيم التقدم العلاجي .

ويشير (عبد المطلب القريطى ،١٩٩٦، ١٢١: ١٢٢) إلى أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المســـتخدمة في الأنشـــطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شــعوره بالنجاح وإحســاســه بالقدرة على الإنجاز ، وتســاعد في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجســمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطور فنون التوافق والتآزر الحســي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشــطة الفنية فرصـــاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضـيف أيضـاً أنها تسـاعد الطفل التوحدي على الإفصاح عما بداخله من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يسهم في التنفيس عما يعانيه من انفعالات وعدم اتزان .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١- إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤) : التوحد ، الخصـــائص والعلاج ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.

٢- إبراهيم القريونى ، غانم البســـطامى (١٩٩٥) : مبادئ التأهيل ، مقدمة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ، الكويت ، مكتبة الفلاح.

٣- إبراهيم عبد الفتاح الغنيمى (٢٠١٠) : اســـتخدام القصـــص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم ، رســـالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة بنها .

٤- إبراهيم محمود بدر (٢٠٠٤) : الطفل التوحدي تشـخيص وعلاج ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .

٥- إجلال محمد ســـرى (٢٠٠٠) : علم النفس العلاجي ، ط٢ ، القـاهرة عالم الكتاب.

٦- أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣) : تربية المعاقين ذهنياً، القاهرة دار الفجر للنشر والتوزيع.

٧- أحمد فهمي عكاشــة (٢٠٠٠) : علم النفس الفسـيولوجي ، ط٥ ، القاهرة دار المعارف .

٨- أحمد فهمي عكاشـــة (٢٠٠٣) : الطب النفســـي المعاصـــر ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .

٩- أســـماء الســـرســـى ، أماني عبد المقصـــود (٢٠٠٢) : التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسـة " بين التشـخيص والتحسـين" مجلة كلية التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني .

١٠- إســـماعيل إبراهيم بدر (١٩٩٧) :مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات أطفال ذوي التوحد ، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي (٢-٤) ديسمبر مج٢ ، ٧٢٧ ــ ٧٥٨ .

١١- أشرف محمد عبد الغنى شريت(٢٠٠٩) : الطفل المعاق عقلياً " سلوكه . مخاوفه الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية .

١٢- إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩) :الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة .

١٣- إلهامى عبد العزيز إمام (٢٠٠١) : سـيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة بدون دار نشر .
١٤- آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٩) : سيكولوجية غير العاديين "ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
١٥- آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٢) : سيكولوجية غير العاديين "ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
١٦- آمال عبد السلام باظة (٢٠٠٣) : استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
١٧- آمال عبد السلام باظة(٢٠٠١):تشخيص غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
١٨- آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٧) : سيكولوجية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة) القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
١٩- أموال عبد الكريم (١٩٩٤) : فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً ،رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٢٠- جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ،الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
٢١- جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
٢٢- جمال القسام،ماجد عبيد،عماد الزغبى (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع .
٢٣- جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل (ترجمة عبد العزيز الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (١٩٩٩- أ) تربية الأطفال والمراهقين .
٢٤- حامد عبد السلام زهران(١٩٩٨) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة الطبعة الخامسة ، القاهرة ، عالم الكتاب .
٢٥- حسام إسماعيل هيبة (١٩٩٧) : سيكولوجية غير العاديين ، الإعاقة العقلية الحسية القاهرة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٢٦- حسن مصطفي عبد العاطي (٢٠٠٣) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب – التشخيص – العلاج) ، القاهرة ، دار النهضة .

٢٧- حسنى إحسان حلواني (١٩٩٦) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .
٢٨- حسين على فايد (٢٠٠٤) : علم النفس المرضى (السيكوباثولوجى) الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية .
٢٩- حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) : مقدمة في التربية الخاصة (معايير النمو أدوات التشخيص – برامج التعلم – فنيات الإرشاد)، الرياض دار الخريجين للنشر .
٣٠- حنان حسن نشأت (١٩٩٤) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي ، دراسة تجريبية رسالة ماجستير ،كلية الآداب ، عين شمس .
٣١- حياة المؤيد (١٩٩٦) : بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني " دراسة تجريبية " رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات جامعة عين شمس .
٣٢- رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠٢) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ،الأنجلو المصرية.
٣٣- رضا عبد الستار كشك (٢٠٠٧) : فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه،كلية التربية الزقازيق.
٣٤- رفعت محمود بهجات (٢٠٠٧) : الأطفال التوحديين جوانب النمو وطرق التدريب، القاهرة ، عالم الكتاب .
٣٥- رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) : سيكولوجية الإعاقة ، طرابلس الدار العربية للكتاب.
٣٦- زينب محمود شقير (٢٠٠٤) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ط١ القاهرة مكتبة النهضة المصرية .
٣٧- سامي بن جمعة (١٩٩٣) : رعاية الأطفال المعاقين في مركز بن سينا بصفاقص، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر القاهرة.

٣٨- سحر محمد على غانم (٢٠٠٤) : دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي رسالة ماجستير ، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية .
٣٩- سعيد حسن العزة (٢٠٠١) : التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ،الأردن ، دار البازورى للنشر والتوزيع .
٤٠- سليمان الريحاني (١٩٨٥) : التخلف العقلي ، الطبعة الثانية ، عمان الأردن ، المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي .
٤١- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢) : - معاناتي والتوحد- الطبعة الأولى، الشويخ،الكويت.
٤٢- سميرة على جعفر (١٩٩٢) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب،رسالة دكتوراه،معهد الدراسات البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
٤٣- سهي أحمد أمين (٢٠٠١) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .
٤٤- سهي أحمد أمين (٢٠٠٢) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص البرامج العلاجية القاهرة ، دار الفكر للطباعة والتوزيع .
٤٥- سهير كامل أحمد (١٩٩٨) :سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة،مركز الإسكندرية للكتاب .
٤٦- سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠١) : فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في حفظ الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية. جامعة الزقازيق
٤٧- سهير محمود أمين (٢٠٠٠) : اللجلجة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
٤٨- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠-أ) : إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة(نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة) ، جامعة المنصورة ، أبريل ، ٤٧ – ٩٨ .

٤٩- شـــاكر عطية قنديل (٢٠٠٠- ب) : برامج رعاية المعاقين، كلية التربية جامعة المنصورة.
٥٠- صـــبحي عبد الفتاح (١٩٩٢):تعديل الســـلوك العدواني لدى الأطفال باســـتخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
٥١- صـلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٦) : برنامج إرشـادي للآباء لتحسـين جودة حياة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصـــة ، مجلة كلية التربية ، جامعة بنها .
٥٢- طارق مسـلم الثمرى،زيدان أحمد السـرطاوى (٢٠٠٢) : صـدق وثبات الصــورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولى ، مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، العدد الأول الرياض ، المملكة العربية السعودية .
٥٣- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- أ) : الأطفال التوحديين ، دراسات تشخيصية وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاد .
٥٤- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض الآداب ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد (٧) ، جامعة المنوفية .
٥٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣) : جداول النشـــاط المصـــورة للأطفال التوحديين ، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً ، القاهرة،دار الرشاد .
٥٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- أ) : الإعاقة العقلية ، ســلســلة ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار الرشاد .
٥٧- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- ب) : الإعاقة العقلية ، ســلســلة ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار النشر .
٥٨- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥) : ســيكولوجية الموهبة ،القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .
٥٩- عادل عبد الله محمد(٢٠٠٨- أ):مقياس الطفل التوحدى،القاهرة دار الرشاد للنشر والتوزيع.
٦٠- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨- ب) : العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .
٦١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي السلوكي،أسس وتطبيقات القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع.

٦٢- عاطف حامد زغلول (٢٠٠٤) : الاتجاهات الحديث في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصـــورة ، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصـــة في الوطن العربي – الواقع والمســتقبل، في الفترة من ٢٤-٢٥ مارس ،١، ٢٣١- ٢٦٥ .
٦٣- عبد الحميد عبد المجيد حكيم (١٩٩٩) : موقف الفكر الإســـلامي من ذوي الحاجات الخاصة ، الدورة الأولية لتأهيل معلمي المعاقين تخصص التربية الرياضية ، مكة المكرمة ، كلية المعلمين ، جامعة أُم القرى .
٦٤- عبد الرحمن سـيد سـليمان (٢٠٠٠) : الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
٦٥- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) : إعاقة التوحد ، ط٢، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
٦٦- عبد الرحمن سـيد سـليمان ، سـميرة محمد شـندى ، إيمان فوزي سـعيد (٢٠٠٤- ب) : الطفل التوحدي ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
٦٧- عبـد الرحيم بخيـت عبـد الرحيم (٢٠٠١) : الطفـل التوحـدي (الـذاتوى الإجترارى) ، القياس والتشـخيص الفارق ، المؤتمر الدولـي السـادس ، مركز الإرشاد النفسي ، ١٠- ١٢ نوفمبر ، جامعة عين شمس .
٦٨- عبد العزيز السيد الشخص،عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل العاديين ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .
٦٩- عبد العظيم شـــحاتـه (١٩٩٠):التـأهيل المهني للمتخلفين عقلياً، القاهرة النهضة المصرية.
٧٠- عبـد العظيم شـــحاتـه (١٩٩٣):التـأهيـل المهني للمتخلفين عقليـاً،القـاهرة النهضة المصرية.
٧١- عبد الفتاح عبد المجيد الشـــريف(٢٠٠٧) : التربية الخاصـــة في البيت والمدرسة ، القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية .
٧٢- عبـد اللطيف مرســـى عثمـان (١٩٨٩) : التخلف العقلي (الوقـايـة – العلاج) ، القاهرة ، دار انترناشيونال بلس للنشر .
٧٣- عبد الله سكر (٢٠٠٥) : الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٧٤- عبد المجيد منصـور وآخرون (٢٠٠٣) : علم النفس الطفولى ، الأسـس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٧٥- عبد المجيد عبد الرحيم (٢٠٠٧) : تنمية قدرات الأطفال المعاقين القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع .
٧٦- عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا أحمد الشربيني، يسرية صادق (٢٠٠٣): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية– الأسباب وطرق العلاج " الجزء الأول ، الطفل العادي القاهرة ، دار قباء للتوزيع والنشر .
٧٧- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٥) : مدخل إلى سـيكولوجية رسـوم الأطفال ، القاهرة،دار المعارف للنشر والتوزيع .
٧٨- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : سـيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٧٩- عبد المطلب أمين القريطى (٢٠٠٥) :سـيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٨٠- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
٨١- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) : إعاقة التوحد أو الاجترار – خواصـها وتشخيصها، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية (ديسمبر)،ع ٤٠ ،٢- ٨
٨٢- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٠) : من إعاقات النمو الشـاملة متلازمة ريت اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد ٦٢، السنة السابعة عشر ص- ص ٢-١٣ .
٨٣- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- أ) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها،تصنيفها، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجي " المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة .
٨٤- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- ب) : برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد (٥) النشـرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصـة والمعوقين ، القاهرة ، العدد (٧٢) ، ٢- ١٣ .
٨٥- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٣) : العوامل المسـببة لإعاقة التوحد ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية العدد(٧٣) ، السنة التاسعة عشر ، مارس ، ٢- ٢٠ .

٨٦- عزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٠) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات – دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ،رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ،جامعة عين شمس .
٨٧- عزة محمد سليمان ممدوح(١٩٩٧):مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
٨٨- عفاف أحمد فراج ، نهي مصطفي حسن (٢٠٠٤) : الفن لذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
٨٩- عصام محمد زيدان (٢٠٠٤): الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال .
٩٠- علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة – الكتيب الأول ، القاهرة ، مكتبة الطوبجى التجارية .
٩١- علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقات العقلية،كلية التربية ، جامعة عين شمس .
٩٢- علاء الدين كفافي (٢٠٠١) : تشخيص الاضطراب الإجترارى ، مجلة علم النفس ، العدد ٥٩ ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر، ٦- ١٥ .
٩٣- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحيدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،القاهرة، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع ٤٩ السنة الرابعة عشر .
٩٤- عمر بن الخطاب (٢٠٠١) : الأساليب الفعالة في علاج التوحد ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو ، ٥٧- ٦٦ .
٩٥- عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠١- أ): علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .
٩٦- عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠١- ب): مفهوم العلاج بالفن التشكيلي ، كلية التربية جامعة الملك سعود .
٩٧- عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠٤- أ): الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي . مجلة علم النفس القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب ،ع٤ ، السنة الرابعة عشر.

٩٨- فاروق فارع الروسان (١٩٩٨) : أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان ، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
٩٩- فاروق فارع الروســـان (١٩٩٨) : ســيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان الأردن .
١٠٠- فاروق محمد صـــادق (٢٠٠٣) : "تنوع حالات التوحد في ضـــوء التشــخيص" دورة تدريبية في الفترة من ٧ /١٠ إلى ٨ / ١١ / ٢٠٠٣ بمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس .
١٠١- فاروق محمد صـــادق (١٩٨٢): ســيكولوجية التخلف العقلي ، الرياض مطبوعات جامعة الرياض .
١٠٢- فاروق محمد صـــادق (١٩٩٨) : الإعاقة العقلية في مجال الأســـرة ، الحيـاة الطبيعيـة حق للمعوق ، إتحـاد رعـايـة الفئـات الخـاصـــة والمعوقين،النشرة الدورية،(٥٥)٤٩-٥٧ .
١٠٣- فـايزه إبراهيم الجيزاوى (٢٠٠٨) : فعاليـة برنامج ســـلوكي وبرنامج النشـــاط المصـــور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .
١٠٤- فتحي الســيد عبد الرحيم (١٩٩٠): ســيكولوجية الأطفال غير العاديين ط٤ ج٢ ، الكويت دار القلم .
١٠٥- فهد بن ســلمان الفهيد (٢٠٠٧): دور العلاج بالفن التشــكيلي في تأهيل إصـــابـات ذوي العمود الفقري في مدينـة الملك فهد الطبيـة،رســـالـة ماجستير،كلية التربية،جامعة الملك سعود.
١٠٦- فوزية دياب (١٩٩٥) : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
١٠٧- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢):"مدى فاعليـة برنـامج لتعديـل ســـلوك الأطفـال المتخلفين عقليـاً بـأعراض داون من فئـة القـابلين للتعلم" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني) .
١٠٨- كريمان بدير (٢٠٠٤) : الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصـــة ، القاهرة عالم الكتاب .

١٠٩- كريســـتين مـايلز(١٩٩٤):(دليل لتعليم الأطفـال المعوقين عقليـاً) تقديم البرفســـير بيتر ميتلر، ترجمة : عفيف الرزاز بمشـــاركة من محمود المصـــري ومؤنس عبد الوهاب وفاديه الملا ، لبنان، ورشـــة الموارد العربية والرعاية الصحية وتنمية المجتمع .
١١٠- كمـال إبراهيم مرســـى (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي ، ط١ الكويت،دار القلم.
١١١- ــــــــــــــــــــــــــــ (١٩٩٧): مرجع في علم التخلف العقلي،ط٢ دار النشر للجامعات القاهرة .
١١٢- ــــــــــــــــــــــــــــ (٢٠٠٠) : مرجع في التخلف العقلي ، دار النشر، للجامعات،القاهرة.
١١٣- كمال ســـالم ســـيســـالم (١٩٩٨) : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين تقديم فاروق محمد صـــادق ، الرياض ، مكتبة الصـــفحات الذهبية .
١١٤- لويس كامل مليكه (١٩٩٠): دراسـة الشخصية عن طريق الرسم ، ط٦ القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
١١٥- لويس كامل مليكه (١٩٩٨): الإعاقة العقلية والاضــطرابات الارتقائية القاهرة، مكتبة النهضة العربية .
١١٦- ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥): إعاقة التوحد بين التشـخيص والتشـخيص الفارق ، القاهرة،مكتبة زهراء الشرق .
١١٧- مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، رسالة دكتوراه كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .
١١٨- محمـد إبراهيم عبـد المجيد (٢٠٠٣) : الطفـل الـذاتوى برنـامج تنموي لبعض المهارات القاهرة ، دار الفكر العربي ،
١٢٠- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) : ســـيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها تشـخيصـها ، أعرضـها ، أسبابها ، التدخل العلاجي ، عمان ، دار الثقافة .
١٢١- محمد الســـعيد أبو حلاوة (٢٠٠٧) : المرجع في اضـــطراب التوحد التشخيصي والعلاج كلية التربية بدمنهور ، جامعة الإسكندرية .
١٢٢- محمد السـعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦) : سـيكولوجية الأطفال غير العاديين

الإسكندرية ،دار المعرفة الجامعية .
١٢٣- محمد السـيد عبد الرحمن(٢٠٠٠- ب): التوحد ، المفهوم ، التعليم التدريب مرشـد إلى الوالدين والمهنيين ، الرياض ، دار عالم الكتاب للطباعة والنشر .
١٢٤- محمد حماد هندي (٢٠٠٢) : نظام تضـمين التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مفهومه ، ومبرراته ، ومميزاته ، وعوامل نجاحه مؤتمر التربية الخاصـة في القرن الحادي والعشـرين ، تحيات الواقع وآفاق المستقبل ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، في القاهرة من ٧-٨ مايو ،١٠١ – ١٤٠ .
١٢٥- محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤) : فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصـل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين(الأوتيزم) رسـالة ماجسـتير ، كلية التربية بكفر الشـيخ ، جامعة طنطا .
١٢٦- محمد على كامل مصـطفي (١٩٩٨) : من هم ذوي الأوتيزم ، القاهرة مكتبة النهضة .

١٢٧- محمد قاسـم عبد الله (٢٠٠١) :الطفل التوحدي أو الذات ولى،الانطواء حول الذات ومعالجته(اتجاهات حديثة) ، عمان ، دار الفكر العربي .
١٢٨- محمد كمال أبو الفتوح (٢٠٠٩) : فعالية برنامج تدريبي في تحسـين الكلام .
١٢٩- محمد محروس الشـناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي (الأسـباب – التشخيص – البرامج – القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .
١٣٠- محمد مقداد وآخرون(٢٠٠٨): إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في :محمد مقداد وليد كمال القفاص،عصـام توفيق قمر،محمد أرزقي بركات ، انتصـار محمد على، على لويس، زكية شـنه، دلال جغبوب،وسـمية صـالحي(٢٠٠٨):رعاية ذوي الاحتياجات الخاصـة في الوطن العربي بين المج والعزل،القاهرة ،المكتب الجامعي الحديث .
١٣١- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : النفس أسـرارها وأمراضـها ط٢،القاهرة، دار المعارف.
١٣٢- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة : المشكلات

النفسية والعلاج القاهرة ، بدون دار نشر .
١٣٣- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : النفس أسرارها وأمراضها،القاهرة، مكتبة الفجالة .
١٣٤- محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (٢٠١٤) :- تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ،دسوق ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
١٣٥- محمود عنان (١٩٩٨) : رعاية الطفل المعوق ،القاهرة، سلسلة سفير التربوية
١٣٦- مصطفي محمد عبد العزيز (١٩٩٧) : التربية الفنية للفئات الخاصة القاهرة، الأنجلو .
١٣٧- مها أبو العز (٢٠٠٦) : العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال التوحديين ،القاهرة ، مركز أسرتي مبدعة .
١٣٨- نادر فهمي الزيود (١٩٩٥) : تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً الأردن،عمان،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
١٣٩- نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧):الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية،رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة،جامعة عين شمس
١٤٠- نادية إبراهيم أبو السعود(٢٠٠٢) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
١٤١- نادية أديب (١٩٩٣) : الأطفال التوحديون (الأوتيستك)وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر . ديسمبر ٩٣ .
١٤٢- نعمة مصطفي رقبان (٢٠٠٦) : المهارات الحياتية وتأهيل المعوقين ورقة مقدمة في الملتقى الثالث للمهارات الحياتية تحت شعار"صحتك بين يديك" الذي تقيمه إدارة الأنشطة الفنية والثقافية بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات ، الأربعاء ٨/ ٢/ ٢٠٠٦ – مسرح الوزارة .
١٤٣- نيفين زيور (١٩٨٨) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق ، بدون ناشر .
١٤٤- نهلة غندور (٢٠٠٠) : كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدي ، الرياض ، مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (١٧) .

١٤٥- هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : تصـــميم برنامج لتنمية الســلوك الاجتماعي
١٤٦- هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩) : الدلالات التشـــخيصــية للأطفال المصابين بالأوتيزم ،رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .
١٤٧- هشـام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٤) : فاعلية برنامج علاجي لتحسـين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج٢ ، ع٣٣ ص ص ٢٠٨- ٢٣٨. ١
١٤٨- هشـــام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨) :الأوتيزم،الإيجابية الصـــامتة، إستراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم ، بنها الجديدة ، دار المصطفي للطباعة .
١٤٩- وفاء على الشـامي (٢٠٠٤) : سـمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها جدة ، مركز جدة للتوحد .
١٥٠- وليام كرين (١٩٩٦) : نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، ترجمة (محمد الأنصاري) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية .
١٥١- وليد الســيد خليفة ، مراد على عيســى (٢٠٠٧) كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
١٥٢- يوسف القريوطى ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (١٩٩٥) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار القلم .
١٥٣- يوسف بشير ، يعقوب البهبهانى (٢٠٠٤) : التوحد علاج الذاتوية بين الأمل والعون ، عمان ، دار رؤى .

ثانياً /المراجع الأجنبية

154- Apple,A, Billingsley ,F & Schwartz , (2005) : Effects of video modeling along and self management on compliment – giving behaviors of children with high functionong ASD.

155- Barry,T, Klinger, L,M. Lee,J, Palardy,N, Gilmore, T & Bodin,D (2003) : Exsamining The Effectiveness of on outpatient clinic Basedsocial skills Group for high – functioning children with Aiaorders joumal of Autism and Developmental Disorders, 33(6), 685-601.

156- Biklin, D (2002) : Communication unbound : autism and proxis, Harvard educational review,(60), 10-20 .

157- Brill,M. (2001) : Keys to parenting the child with autism,secont edition, New York, Barron s educational series,Inc.

158- Bruno, F. (1992) : the family encyclopedia of child psychology and development , New York,John Wiley & sons,Ins.

159- Cannon, N , L (2006) : the effects of floor time on cdmmunication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism MD,Miami university , faculty of Miami university . Oxford, OH

160- Dawson , G , Toth ,K ,ostiling,J, A& Liaw,J,(2004) : Early social attention impairments in autism : sosial orienting, joint attention&attention to distress. Developmental psychology,40(2),27 1-283.

161- Emery, Melindaj (2004) : Art therapy as an intervention for autism Art Therapy . 24 (3) 143 – 147.

162- Eik eath, S. & smith T. (1997) : intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and ,A,Journal.of mental retardation,238-246 107: 330.

163- Fluberg,H. (2001) : Autistic childrens talk about psychological states Deficits in the early acquisition of theory ,63 (1) ,115-123.

164- Frith,U. (2003) : Autism Ezplaining the Enigma , second edition ,black well publishing.

165- Gabriels,Robin L (2003) : Art therapy with childrenwho have autismand their families MALOCHIDI,Cathya. (ED). Hand book of Art therapy. 193-206. New York. Us : Guiford,XVSI,64.

166- Gilleberg , C (1992) : The worled congress International Association for the scientific,study of Mental Deciclency 5th August,389.

167- Goldstein, H , & Thieman ,K (2000) : Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive developmental disorders. Special education programs (ED-OSERS).

168- Grela, B & Mclaughlim, K (2006) : Focused stimulation for a

169- Hartman, C , Lutejn, E , Serra , M & Minideraa, R (2006) : Refinement of the children s social Behavior Questionnaire (CSBQ): an Instrument that Describes the Diverse problems seen in Milder forms of PDD. Journal of Autism and Development Disorders,36 (3) ,235-242.

170- Henley,David R (2002) : Blessings in disguise : ldiomayic expression as astimulus in group Art therapy with children. Art therapy . 17 (4), 270 – 275.

171- Hepburn, S & Stone, W (2006) : Using carey temperament scales to assess Behavioral style in children with autism spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmenttal disorders, 36 (1) 37-642.

172- Hawkins, S. (1994) : Mental Retadation Children Eric Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Reston, VA. P (15).

173- Howie, Paula.(2002) : Releasing thapped images children grapple , with the reality of the September 11 Attaks , presented at the AATA conference,24,244- 222.

174- Ivey, M, Heflin, L , & A lberto, p (2004) : the use of social stories to promote independent behaviors in novil events for children with PDD-NOS. focus ok Autism and other Developmental Disabilitise ,19 (3) ,164-176.

175- Jelven,M (2002) : A play based treatment model for improvin[the social play development of children with autism spectrun disorder PHD, university of Califomia.

176- Karnerick, Thelamz & schimmel Bellaf. (1991) : worleds Amacked by great Big snow flakes : Art therapy with an AutismBoy , The American Journal of Art therapy, 29.(1) 77:84.

177- Kevinl. B. (1995) : Developmental Definitons and policies In (Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington, Nasopress Vol(15) P (713).

178- Kozlowska, Kasia & Hanny Lesley (2001): An Art therapy group for children traumatized by porental violence and separation , clinical child psychology and psychiatry,6, (1).

179- Longenecker,H. (2002) : Parent stress related to having a child with autism : Impact of educational programming. PHD, faculty of educational Institute.

180- Luria, W. (1983) : Language Intervention , Retarderded to Retarded Child Through Cognitive. Journal of special Education, vol (119). P (10).

181- Macintosh , K & Dissamayake, C (2006) : social skills and problem Behaviours in school Aged children with high – functioning Autism and Aspergers Disorder – journal of autism and Developmental Disorders,

182- Mangal S (2002) : Advanced Conductional Psychology 2nd ed, Prentice-Hall : New Delhi.

183- Martin , Nicole (2008) : Assessing portrait drawings created By children and adolescenttswith autism spectrum disoder. Art therapy . 25 (1) ., 15 – 23.

184- National Research council (2001) : Education children with Autism , the National Academy of sciences , National academy press, Wasgington,DC.

185- Norris , C & Ddattilo , J (1999) : Evaluating effects of asocial story intervention on a young girl with autism . focus on autism and other developmental disabilities , 14 (3) , 188. 186 .

186- O Riordan , M & passettl , F (2006) : Discrimination in autism with in different sensory Modalities , journal of Autism and Developmental Disorders ,36 , 665 – 675

187- Osterling , Jand Dawson ,G. (1994) : Early Recognition of children with Autism , A study Birthday Home video Types , journal of Autism and Development Disorders , 24, (3) , 246 : 570.

188- Pearson ,D , Love Land , K , Lachar , D Red doch S , Man sour , R & Cleveland . L (2006) : Acomparison of behavioral and emotional Functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD –NOS . child Neuropsychology ,(12) ,321 – 333.

189- Reavis, S (2003) : social orienting as aconstract under lyingiong attention and imitation skills deficits in preschool children with autism. MD. University of North Carolina.

190- Romano, J (2003) : Are social stories effective in modifying behavior in children with autism ? PHD. Fair Leigh Diskenson university.

191- Rosen han, D , Seligman, M , (1995) : Abnormal psychology, Third edition , New York, Norton & company.

192- Ruble , L, A (2001) : Analysis of social interactions asgoaldirected behaviors in children with autism journal of autism and developmental disorders , 31 (5) , 471 – 482.

193- Ruffman, T , Gamham, W & Rideout , P (2001) : Sosial understanding in autism : eye gaze as a measure of core insights child psychol, 41 (8) , 1083 – 1094 .

194- Rutten – Saris, Marihke & Evans, Kathy (1999) : Emerging interactive Art therapy , paper in conference Autism 99, U. K http: //www.autism 99,org.

195-Scheuermam, B , webber, J. (2002) : Autismteaching does make a dfference Canada, wadasworth – Thomson learning.

196- Scott, J , Clark, C , Brady , M , (2000) : Students with autism , California, singular Publishing grup.

197- Siegel , B , (1996) : the world of the Autistic child , understanding and treating autistic spectrum DIS cordons, New York, oxford university press inc.

198- Silver , Henry , E. T (2006) : Corrigendum to brief emotion training emotions children with autism , pilot study psychiatry tesearch 129 (1) 147 – 154.

199- Stephens , L , Dieppa , M & Leblanc , B. (2006) : Erikson s model of psychosocial development with autistic children and connections to evidence – based nractices for no child left naner association of teacher educators philadelphia PA.

200- Sur , D , sue , D , sue , S. (1994) : Understanding Abnormal Behavior , fourth Edition , New York, Houghtom Mifflin company. 180- Thaut, M, (1992) : Music therapy with autistic children lnw Daris, K. Gfeiier , & M. that (eds) : Introduction to music Therapy : Theory and practice Dubuque.Indiana : William C. Brown puplishers, 186 – 196.

201- Travaglini, C (2001) : the social inter action skills of a preschool child with autism in an inchusive setting IMD, Califomia state university.

202- Thomas,C (1994) : Aguide to Developing Language Competence in pre – School – Children with Severe and Moderate Retardation and Developmental Disabilities, vol (68). Pp (615 – 660).

203- Whalen , C, Schreibman, L & Ingersoll 13 (2006) : the collaterul effects of joint attention training on social Initiations, positive, Imitation and spontaneous speech for yaung children with Autism. Joumal of Autism and Developmental Disorders, 36, (1) , 655 – 664.